

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

152

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 janvier 1898, à une heure

PAR

Louis-Joseph-Arthur GLANOIS

Né à Sainte-Agnès (Jura), le 3 janvier 1866

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE

DES

ÉPIDÉMIES D'ORIGINE EXOTIQUE

ET, EN PARTICULIER

DE LA PESTE

ET DES MESURES SUCCESSIVEMENT OPPOSÉES A LEUR MARCHE ENVAHISSANTE

Président : M. CHANTEMESSE.

Juges : MM. { BROUARDEL.
CHARRIN.
THOINOT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE PAUL DELMAR

29. — Rue des Boulangers — 29

1898

Année 1897

No 152

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 janvier 1898, à une heure

PAR

Louis-Joseph-Arthur GLANOIS

Né à Sainte-Agnès (Jura), le 3 janvier 1866

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE

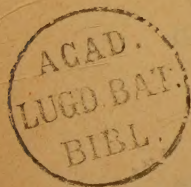
DES

ÉPIDÉMIES D'ORIGINE EXOTIQUE

ET, EN PARTICULIER

DE LA PESTE

ET DES MESURES SUCCESSIVEMENT OPPOSÉES A LEUR MARCHE ENVAHISSANTE



Président : M. CHANTEMESSE.

Juges : MM.

{	BROUARDEL.
	CHARRIN.
	THOINOT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE PAUL DELMAR

29 — Rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BROUARDEL.

Professeurs :

MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle	BLANCHARD.
Chimie médicale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement.	N.
	PINARD.

Professeurs honoraires

M. N...

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques,	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	RETERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Médecin des hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

L'épidémie de peste qui sévit en Orient et menaçait l'Europe entière ces temps derniers, a vivement frappé notre esprit et, arrivé au terme de nos études médicales, nous avons songé qu'il serait intéressant de rechercher quels documents nous fournissent l'histoire médicale sur la marche envahissante de ces fléaux d'origine lointaine.

Cette étude nous a entraîné un peu plus loin que nous ne l'avions d'abord supposé, et, pour comprendre l'esprit des réglementations successives destinées à protéger nos frontières, nous avons été amené à faire quelques incursions dans le domaine du droit administratif.

Nous réunissons aujourd'hui le résultat de nos

recherches, espérant que le médecin pourra trouver dans notre travail un résumé suffisant de l'organisation sanitaire en France, si indispensable à connaître quand l'on veut aborder l'étude de la prophylaxie des maladies exotiques.

Nous avons à peu près terminé notre thèse, quand parut le remarquable ouvrage de M. le professeur Proust sur « la Peste ».

Nous le regrettons bien vivement, car nous aurions hésité à traiter après ce maître éminent un sujet semblable. Et, considérant qu'il ne reste plus qu'à glaner pour ceux qui veulent aborder après lui les questions d'hygiène, nous eussions voulu pouvoir mettre plus largement à contribution le traité définitif que nous venons de citer.

Notre travail comprend plusieurs parties. Nous donnerons successivement un résumé de l'état actuel de nos connaissances au sujet de l'épidémiologie :

De la fièvre jaune,

Du choléra,

De la peste.

Pour cette dernière maladie, de tous récents travaux ayant paru sur sa microbiologie nous avons laissé de côté cette partie de la question aujourd'hui établie sans conteste, semble-t-il, préférant donner une revue historique montrant bien la marche envahissante du fléau ; dans cette étude nous signalons, à leur place, les différentes mesures édictées pour préserver l'Europe de l'invasion des maladies infectieuses exotiques.

Enfin, dans un dernier chapitre, le plus important, nous avons essayé de donner une conception d'ensemble de l'organisation de l'hygiène en France.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de témoigner notre gratitude à M. le professeur Chantemesse qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE
DES
ÉPIDÉMIES D'ORIGINE EXOTIQUE
ET, EN PARTICULIER
DE LA PESTE
ET DES MESURES SUCCESSIVEMENT OPPOSÉES A LEUR MARCHE ENVAHISSANTE

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA FIÈVRE JAUNE

La fièvre jaune est l'une des trois maladies infectieuses d'origine étrangère, contre l'invasion de laquelle luttent les législations que nous étudions d'autre part.

Sa nature infectieuse ne fait point de doute, encore que les recherches bactériologiques à son sujet n'aient pas fourni de résultat absolument positif à ce jour.

Domingo Freire, en 1885, fait des recherches sur des cellules aérobies qui, injectées aux animaux, auraient reproduit le syndrome de la fièvre jaune.

Il a donné à ces productions, le nom de *cryptococcus xantogénés*.

En 1887, Gibier et Rebourgeon, en collaboration avec

l'auteur précédent, considèrent un streptocoque comme pathogène pour les animaux.

« Gibier, lui-même, l'année suivante, abandonna son streptocoque et donna comme spécifique un bacille courbe qu'il avait trouvé dans le contenu intestinal ».

Sternberg déclara que ce que l'on avait vu après et avec Gibier n'était « que du coli-bacille et décrivit à son tour un « autre microbe très analogue au coli-bacille qu'il tient pour « cause du typhus amaryl ». (G. Gasser. In-manuel de médecine).

Sanarelli a publié tout récemment (Annales de l'Institut Pasteur, 25 juin 1897) une importante étude sur la question à laquelle nous faisons les emprunts suivants :

« Si, jusqu'à ce jour, le microbe de la fièvre jaune n'a pas encore été isolé, cela tient à ce que, presque constamment, la maladie se complique d'infections secondaires ; sur le cadavre et même longtemps avant, on trouve des espèces microbiennes variées telles que le coli-bacille, le streptocoque, le staphylocoque, le protéus, etc., dont l'action pathogène n'est d'ailleurs pas négligeable. Ce sont des microbes qui masquent l'ennemi et qui, surajoutant aux siens leurs méfaits, donnent chez l'homme à la fièvre son aspect protéiforme ».

Et cependant, la fièvre jaune semble être une maladie spécifique et d'après l'auteur que nous venons de citer, nous serions bien prêts d'en connaître le micro-organisme causal. Il décrit, en effet, un bacille qui serait pathogène pour les animaux ; nous donnons sa description encore que des re-

cherches confirmatives ultérieures semblent nécessaires pour nous faire admettre sa spécificité.

« Le bacille ictéroïde est essentiellement polymorphe, d'ordinaire c'est un bâtonnet à bouts arrondis souvent réunis par couples de 2 ou 4, deux fois plus long que large. Il se colore facilement, ne résiste pas à la méthode de Gram. C'est un anaérobie facultatif.

« Sur plaque de gélatine, il se développe en colonies distinctes à la surface et dans l'épaisseur de la plaque déjà visible au bout de 24 heures, si on le cultive à 20° sous forme de points transparents.

« Il ne liquéfie pas la gélatine. Vers le cinquième jour, les colonies sont très caractéristiques avec leur noyau parfaitement opaque entouré d'un halo clair d'où partent de fines granulations qui disparaissent régulièrement en une nuance très délicate. Plus tard, la granulation se trouble, devient noirâtre gardant encore une petite zone ronde transparente où se voit nettement le petit noyau ».

Ces recherches sont très intéressantes mais surtout pour les pays dans lesquels la maladie est endémique.

La fièvre jaune ne se développe que dans des conditions toutes particulières et, si ces conditions ne sont pas réunies, les foyers d'importations étrangères s'éteignent d'eux-mêmes.

Au-delà d'une certaine altitude (200 à 700 m.) et au-dessous d'une certaine température qui n'est pas absolument fixée, mais qui fait de la fièvre jaune une maladie des pays chauds, cette affection ne saurait se développer.

Il est bon de savoir que les côtes de la Méditerranée remplissent en bien des points les conditions voulues pour le développement du typhus amaryl et que la voie maritime étant le plus souvent à incriminer, des mesures sévères, doivent être édictées pour prévenir l'introduction du fléau par des navires provenant de régions où la maladie existe à l'état endémique.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU CHOLÉRA

Le choléra est indubitablement une affection d'origine étrangère. Ce n'est guère qu'à partir du XVIII^e siècle qu'on le distingue sûrement, auparavant on le confondait dans un groupe plurivoque sous le nom de « pestes ».

Après être resté longtemps confiné dans l'Inde, son berceau, le choléra envahit l'Europe et y causa de terribles ravages à des époques assez récentes pour que son triste souvenir soit présent encore à beaucoup de mémoires.

Avec MM. Proust et H. Monod, nous assignerons à ces incursions en Europe cinq périodes différentes :

Dn 1830 à 1837.

De 1847 à 1855.

De 1865 à 1874.

De 1884 à 1887.

De 1892 à nos jours.

De même que pour la peste, les musulmans de l'Inde,

immense troupeau humain se ruant, sans le moindre souci de l'hygiène, vers la Mecque, au moment des grands pèlerinages de la ville sainte, doivent être considérés comme les plus importants agents de contagion.

On sait que le vibron cholérique a été découvert par Robert Koch en 1883. Ses caractères sont trop connus pour que nous les rappelions ici ; nous voulons simplement dire quelques mots du choléra nostras opposé au choléra asiatique. Le premier est considéré par la plupart des auteurs comme représentant une entité morbide. Le principal argument à l'appui de cette théorie due à Littré est d'ordre historique. Les premiers cas de choléra indien connus en Europe remontent à peine au commencement du siècle, et il existe des descriptions dues à Forestier vers le milieu du xvii^e siècle et à Van der Heyden vers le milieu du xviii^e où les symptômes du choléra nostras sont bien décrits ; le deuxième argument consiste à invoquer l'absence de contagion et l'absence d'extension.

Mais aujourd'hui que l'on a soumis la question au crible de la bactériologie, les choses ne paraissent pas aussi simples et les caractères distinctifs de ces deux entités morbides s'atténuent singulièrement.

Les nombreuses recherches poursuivies dans le but de découvrir le micro-organisme causal du choléra nostras ont eu le résultat inattendu de démontrer qu'aucun des caractères morphologiques ni des réactions attribuées par Koch au vibron du choléra indien ne sont caractéristiques.

Si bien que les constatations de Gilbert et Girode démontrant

que *bactérium coli-commune* peut produire des accidents cholériformes chez le cobaye, ont jeté le doute dans les esprits sur la nature spécifique de l'affection qui nous occupe.

Il n'en demeure pas moins acquis que le choléra indien présente tous les caractères d'une maladie autonome que dans tous les cas elle est comme telle — par suite de sa tendance à la propagation — un danger contre lequel il importe de nous préserver.

La gravité atténuée, le peu de teudance à la propagation, constatée dans les foyers d'origine, à la fin d'une épidémie, de même que les quelques recherches bactériologiques énoncées nous font supposer, en dépit des considérations historiques plus haut invoquées, que le choléra nostras n'a probablement pas l'autonomie qu'on lui attribue le plus souvent; qu'il doit vraisemblablement être considéré comme une infection atténuée, mais qui, malgré sa bénignité, est une menace dont il faut tenir grand compte car rien ne permet d'affirmer que, sous l'influence de causes encore obscures, un réveil de virulence ne se fera pas.

LE RÉGIME SANITAIRE

Historique des dispositions législatives propres à entraver la marche des affections épidémiques et principalement de la peste.

L'hygiène internationale, le régime sanitaire comprennent l'ensemble des mesures propres à empêcher la pénétration en France des épidémies qui règnent à l'étranger.

Ces fléaux, le choléra, la fièvre jaune et surtout la peste nécessitent l'isolement des malades et leur séjour dans les lazarets. C'est l'ensemble de ces mesures, leurs variations à travers le cours des temps, et enfin la législation actuellement en vigueur en France sur ces importantes matières que nous nous proposons d'exposer ici.

On ne trouve dans les auteurs de l'antiquité aucune relation des mesures préventives dirigées contre ces grandes épidémies qui désolèrent l'Europe aux époques les plus reculées.

Thucydide, Saint-Cyprien, Evagrius et Procope qui nous ont laissé des descriptions si remarquables des ravages causés par les diverses pestes, qu'il leur fut donné d'observer,

ne paraissent même pas soupçonner que l'on puisse entraver le fléau par des dispositions d'hygiène rendues obligatoires par l'autorité de la loi. Ils semblent, au contraire accepter ces calamités avec une résignation fataliste, comme étant l'effet d'une volonté supérieure, contre laquelle il serait inutile et impie de vouloir lutter.

Il faut arriver au moyen-âge, à cette époque si souvent calomniée, et qui fut pourtant si féconde en esprits ingénieux et subtils, pour rencontrer l'embryon d'une législation sanitaire.

La première maladie exotique dont l'importation ait été combattue par des mesures sanitaires semble être la peste d'Orient.

Venise, la célèbre République, la riche cité dont les vaisseaux sillonnaient les mers, dont l'important commerce s'étendait jusqu'à l'Inde, et qui déjà, au début du XII^e siècle, sous le doge H. Dandolo, avait conquis sur ses rivales Pise et Gênes, l'empire de l'Adriatique, eut l'honneur d'introduire en Europe le régime sanitaire, suivi de son application la plus immédiate, la création de lazarets. Elle organisa, en 1348, des provéditeurs de la santé, un bureau de santé et finalement un lazaret qui servit de modèle aux riches villes maritimes, ses voisines et ses rivales. Chacune voulut avoir un lazaret : Gênes en 1467, Marseille en 1526.

Ces premières institutions eurent d'abord un caractère municipal. Mais ces administrations sanitaires ne tardèrent pas à se rendre indépendantes, prirent une influence qui allait grandissant avec la fréquence et la gravité des épidé-

mies, et entrèrent bientôt en lutte ouverte avec les municipalités.

Malgré ses allures despotiques, ses affectations d'indépendance la *Santé de Marseille* rendit de grands services et préserva plusieurs fois nos côtes du ravage des épidémies.

Malheureusement, pendant tout l'Ancien Régime et les premières années du xix^e siècle, aucune législation d'ensemble, aucun code d'hygiène sanitaire aux frontières ne fut promulgué pour donner au service une impulsion décisive et vraiment préservatrice.

Il faut arriver à la grande loi du 3 mars 1822, qui fit passer le service de l'hygiène de la main trop faible des municipalités dans celle de l'Etat pour trouver des dispositions d'ordre général sur la matière.

Mais, pour exposer avec fruit la législation actuelle, pour légitimer rationnellement les entraves qu'elle apporte à la liberté des particuliers et les restrictions qu'elle édicte contre la propriété privée, il est indispensable, je crois, d'exposer dans ses traits principaux l'histoire de la peste et de signaler les terribles ravages qu'elle fit en Europe dans les âges qui nous ont précédés.

La peste au xiv^e siècle a été une terrible affection pandémique, dont les ravages se sont étendus sur le monde entier.

Du xiv^e au xix^e siècle, malgré quelques retours offensifs, la maladie se cantonne à l'état de permanence endémo-épidémique dans un certain nombre de régions assez disséminées et éloignées les unes des autres. Certaines contrées de

l'Afrique et de l'Asie en sont tributaires, on les a justement baptisées les foyers de la peste.

Mais, et c'est là un grave problème pour l'Europe centrale, le terrible fléau semble abandonner ses foyers et vouloir reparaitre dans les pays qu'il décima autrefois.

Il importe aux gouvernements de veiller à ce que les prescriptions réglementaires soient rigoureusement appliquées et au législateur de fortifier les dispositions insuffisantes pour assurer une protection efficace. C'est ce que les divers pays ont compris et la conférence de Venise a répondu à ce vœu général des divers peuples et est venue nous délivrer en quelque sorte d'un sentiment d'angoisse qui nous oppressait à la nouvelle que la peste bubonique ravageait l'Hindoustan.

Telle est, à grands traits, l'évolution historique de la peste. Il faut maintenant reprendre chacune des périodes signalées pour les étudier avec quelques détails.

LA PESTE DANS LES TEMPS HISTORIQUES ET AU XIX^e SIÈCLE

Selon le docteur Netter, lorsque la peste née en Chine en 1334 atteignit l'Europe en 1347, elle n'était pas une affection nouvelle. Les Anciens l'avaient déjà connue et leur imagination avait été tellement frappée des ravages qu'elle occasionna qu'ils nous en ont laissé d'importantes relations.

Il n'est pas aisé de se prononcer sur la nature pathologique des épidémies qui ravagèrent la Grèce et Rome antérieurement à l'ère chrétienne.

Malgré les descriptions exactes de ceux qui les ont commentées, nous ne pensons pas que ces maladies présentent véritablement les caractères spécifiques de la peste. Il est en effet impossible d'appeler peste comme le faisait Galien : « Toute maladie qui, se montrant sous forme épidémique dans une localité, frappe un grand nombre de sujets et détermine une mortalité considérable. »

La dissémination rapide de la maladie et l'épidémicité

appartiennent bien à ce mal, mais en outre de ces caractères généraux communs à d'autres affections, certains caractères spéciaux, tels qu'une fièvre ardente, délire, troubles nerveux, et surtout l'apparition de bubons, sont nécessaires pour qu'il y ait à proprement parler peste.

La fameuse épidémie d'Athènes de l'année 430 de notre ère n'était pas, sans doute, une véritable peste. La description précise que fait Thucydide des troubles nerveux qui l'accompagnaient, troubles digestifs, respiratoires, les gangrènes, les éruptions permettent d'affirmer avec Hoeser et Daremberg que ce n'était pas une véritable peste.

Un grand nombre d'auteurs ont enseigné pendant longtemps qu'il y avait eu dans cette terrible épidémie des phénomènes pesteux sur cette simple croyance que le fléau venait d'Égypte. C'était là une affirmation bien grave portée sur des témoignages incertains.

Il en fut certainement de même de l'épidémie qui ravagea, sous Marc-Aurèle, l'Asie et l'Europe, car, d'après Galien, les phénomènes relevés étaient les mêmes que ceux observés à Athènes ; on n'y remarquait pas de bubons.

On manquait de données précises sur les origines de la peste. La maladie était-elle aussi ancienne que certains le prétendaient ? C'était là un problème que l'on ne pouvait résoudre, lorsque la question fut tranchée par les découvertes du cardinal Angelo Mai.

Ce chercheur infatigable découvrit dans un passage du livre d'Oribase une relation de la peste attribuée à Denys-le-Tortu, médecin grec vivant vers l'an 250 avant J.-C.

Oribase de Pergame ou de Sardes fut d'abord attaché à la personne de Julien; il suivit ce prince en Gaule, facilita son élévation à l'empire et l'accompagna dans l'expédition de Perse. Nommé questeur du palais par Julien, il jouissait en paix d'un repos bien mérité, lorsqu'il fut dépouillé de son emploi et de ses richesses par Valentinien et Valens.

Exilé chez les Barbares, Oribase ne tarda pas à se faire un nom célèbre parmi les peuples. Il employa son exil en composant sous le titre de « *Collectanea artis medicæ* » une vaste et précieuse compilation en 70 livres où il a recueilli les passages les plus importants d'anciens médecins. Il ne nous en reste malheureusement que 22 livres, dont 9 seulement en grec.

C'est dans cette collection que nous trouvons les observations de Denys le-Tortu, de Dioscoride, de Posidonius et de Rufus d'Éphèse.

Dioscoride et Posidonius racontent que l'épidémie qu'ils virent en Lybie était accompagnée des symptômes suivants : « Fièvre violente, douleurs, perturbations de tout le corps, délire vertigineux, éruptions de bubons larges, durs, n'arrivant pas à suppuration et se développant non seulement dans les lieux accoutumés, mais aux jambes et aux bras, bien qu'on n'observe pas ordinairement dans ces endroits de semblables phlegmons.

Rufus, médecin d'Éphèse, qui vivait probablement à l'époque de Trajan, avait composé un poème grec sur la médecine, et dans ce poème, la description de la peste y est faite avec une exactitude remarquable.

Ce passage nous a été conservé par Oribase dans son traité « *Artis medicæ*. » Angelo Mai l'a retrouvé.

Ces descriptions, en nous montrant l'antiquité de la maladie, viennent battre en brèche l'hypothèse de Pariset et de Desgenettes qui croyaient que la peste d'Égypte n'était née que sous Justinien.

Il est vrai qu'en 542, sous cet empereur, une terrible épidémie de peste désola l'Asie-Mineure et l'Europe, mais la maladie n'en était plus à ses premiers ravages.

Cette peste a été minutieusement décrite par Evagrius et Procope. Selon ces historiens, elle venait de Peluse et fit de très grands ravages sur toutes les côtes de la Méditerranée et en Perse.

Elle n'épargna ni les habitants de la plaine ni ceux de la montagne. Tous étaient également frappés. Ni la vigueur physique, ni l'âge, ne pouvaient en préserver. Toutes les précautions furent vaines. « Parmi ceux qui étaient atteints de cette maladie, il y en avait qui étaient saisis de la fièvre subitement, nul signe ne leur donnait de pressentiment de leur malheur ; mais ces impressions soudaines ne produisaient pas de grands changements dans le corps. La couleur du visage n'était pas altérée, à peine la fièvre était-elle sensible. Les accidents paraissaient peu dangereux ; les médecins n'y attachaient d'abord aucune importance. Mais de ce malaise bénin, en apparence, sortaient des bubons et sur les bubons, il se formait quelquefois des charbons.....

Outre ces bubons il survenait souvent une espèce de tumeur bien plus funeste, le corps se couvrait de taches

pourprées, sur ces taches s'élevaient des boutons noirs de la grosseur d'une lentille; ces éruptions enlevaient subitement les malades, plusieurs mouraient épuisés par des vomissements de sang; tous selon Agathius tombaient comme s'ils étaient frappés d'apoplexie..... »

Il faut arriver en plein moyen-âge, à la « peste noire » pour retrouver une épidémie ayant laissé dans le souvenir des hommes une trace ineffaçable.

On signale parmi les principaux symptômes l'apparition de phlyctènes de pétéchies ainsi que des troubles respiratoires.

L'épidémie partie de Chine en 1334 gagna l'Europe par la Russie après avoir traversé l'Inde et la Perse.

En 1347, elle apparaissait en France et en Allemagne, en 1349 en Angleterre et en 1351 en Norvège. Elle gagna également l'Italie. On rapporte qu'elle détruisit en Europe 25 millions d'habitants sur une population totale de 105 millions.

Et le rapport dressé sur l'ordre du pape Clément VI fixe à 42,386,386 le nombre des morts pour le monde entier. La ville de Florence perdit à elle seule 100.000 habitants.

Sans doute, ce sont là des chiffres bien approximatifs.

La science de la statistique si incertaine et souvent si fallacieuse aujourd'hui, ne devait pas donner au xiv^e siècle de bien fameux résultats.

Certains auteurs, Hecker et Hirsch, ont cru pouvoir conclure des phénomènes observés pendant cette épidémie que l'on ne se trouvait pas en présence d'une véritable peste.

C'est là une erreur sans doute, car dans le remarquable article sur la peste publié par Littré dans la bibliothèque de l'Ecole des Chartes et d'après un manuscrit de Symon de Covina (1350) on trouve l'indication de la précocité des altérations ganglionnaires et l'extrême contagiosité du mal.

Dans ce poème en vers latins, Symon désigne la maladie sous le nom de « *Pestis inguinaria* » et comme les auteurs qui l'avaient précédé, il cherche la cause du mal dans une perturbation des phénomènes astronomiques tels que comètes, conjonctions de Saturne, Mars et Jupiter. Mais l'émotion du peuple ne pouvait pas être calmée par l'observation des astres et les relations qu'il peut y avoir entre eux et notre commune misère. Il lui fallait une victime expiatoire des maux épouvantables qu'il avait supportés ; comme bien souvent à ces époques de superstition grossière, il s'en prit aux Juifs. On accusa ces malheureux d'avoir empoisonné les puits, d'avoir jeté un sort sur les sources et d'être ainsi causes de tous les désastres.

Aux horreurs de l'épidémie succédèrent les horreurs des persécutions et des massacres dans les villes !

Au cours du *xv^e* et du *xvi^e* siècles, la peste fit en Europe de nouvelles incursions moins redoutables que celles des âges précédents, mais cependant très fréquentes. Il nous est impossible ici d'entrer dans le détail de ces diverses épidémies. Mais ce qu'il faut noter à partir du *xvi^e* siècle, c'est la préoccupation que l'on l'on apporte dans les recherches sur les causes de la maladie.

Alors que Jérôme Mercurialis, né à Forlì en 1530, après

avoir enseigné son art successivement à Padoue, à Bologne et à Pise, affirmait dans son livre « de maculis pestiferis » paru en 1580 que la peste avait pour cause des phénomènes atmosphériques ; Massaria n'hésita pas à invoquer la contagion comme pouvant seule rendre compte de l'évolution de cette maladie.

Cet auteur objecte avec raison dans les descriptions qu'il fait de la peste qui régna à Vicence en 1578 que l'air ne doit pas être considéré comme un véhicule des germes pestueux, car comment admettre que l'air ait des qualités différentes dans les diverses maisons d'une ville, d'un quartier ?

Or dans cette ville, dans ce quartier, les habitants des diverses maisons qui se sont enfermés prudemment chez eux évitent le mal, ceux qui ont eu des rapports de contiguïté avec les pestiférés le gagnent au contraire.

La contagion seule est donc la cause de la propagation du fléau. — Massaria eut la grande joie de faire partager ses doctrines à ses concitoyens et les mesures d'hygiène et de salubrité publique enrayèrent l'épidémie qui fut moins longue et moins meurtrière à Vicence que dans les autres villes italiennes.

Au xvii^e siècle, sauf quelques retours offensifs en Danemarck et en Suède, nous n'avons à signaler que la grande peste de Londres qui causa en 1665, 68,000 décès dans cette seule ville. On se croyait revenu aux jours sombres du xiv^e siècle et la malédiction divine semblait planer sur la cité.

Cependant la France, l'Italie, les pays du midi de l'Europe semblaient en être débarrassés. Mais ce n'était là qu'une

rémission passagère, l'épidémie qui sévit à Marseille de 1720 à 1722 allait se charger de donner un cruel démenti à cette espérance.

Importée à Marseille à la fin du mois de juin 1720 par le navire le Grand Saint Antoine parti de Saïda (Syrie) le 31 janvier précédent avec une cargaison de soie, elle éclata avec une violence inouïe. Quoique le navire ait été mis en quarantaine et les passagers au lazaret, les mesures d'isolement ne furent sans doute pas suffisamment observées, car la maladie fut communiquée par les matelots du bâtiment à la population. Malgré le dévouement admirable de l'évêque Belzunce et du chevalier Rose qui organisèrent les secours et distribuèrent les remèdes aux victimes du mal, l'épidémie fit de rapides progrès. Pendant le mois d'août il mourait 4 à 500 personnes par jour et au mois de septembre le chiffre atteint jusqu'à 1,000. 40,000 personnes moururent, l'épidémie dura quinze mois.

De Marseille, le mal s'était étendu aux autres villes du midi. Aix, Toulon, Arles furent également frappées et sur une population totale de 247.899 âmes le midi compta 87,659 décès.

En des temps plus mystiques que le XVIII^e siècle sceptique et léger, on aurait reconnu sans doute, dans un pareil désastre, un effet de la colère divine, et on se serait souvenu de la parole biblique : « Aux morts qui joncheront la route, vous reconnaîtrez que je suis le seigneur. »

L'épidémie de Messine en 1743 eut aussi une violence inaccoutumée. Elle rappelait par ses allures, les phénomènes

observés dans la peste de Marseille, 43.000 personnes moururent. Le mal avait été importé, dit-on, par une tartane génoise, venue de Missolonghi.

A la fin du XVIII^e siècle, la peste s'éloigne de l'Europe centrale, elle n'apparaît plus qu'à Constantinople et sur les rives du Danube.

Il faut signaler cependant la grande épidémie qui ravagea Moscou en 1771.

Dès le début de ce siècle la peste est rentrée dans ses anciens foyers. Elle désole Constantinople, mais ne reparaît plus qu'à de très rares intervalles dans le midi de l'Europe. Elle a son foyer en Turquie.

A Constantinople elle causa 150.000 décès en 1803 et 110.000 en 1813.

Aussi, bien qu'elle ait reparu à de rares reprises à la suite des armées, en Valachie, en Albanie et en Morée (1824) elle fut heureusement arrêtée par des cordons sanitaires. C'est ainsi qu'en 1816 un habitant de Naja, petite ville italienne autour de laquelle avait été établi un cordon sanitaire, fut fusillé pour avoir fait passer aux soldats des troupes d'investissement un jeu de cartes provenant de la ville infectée. L'Europe avait payé trop cher ses imprudences anciennes, elle ne reculait plus devant rien pour se préserver de la contagion.

Dans cette courte histoire de la peste que nous regrettons de n'avoir pu faire plus complète, pour ne pas sortir de notre sujet, il semble bien résulter qu'il nous faut, sans contestation, admettre l'opinion de Desgenettes, Fodéré,

Prus, Pariset, que l'Europe centrale et occidentale n'ont jamais été des foyers d'origine de la peste.

Les épidémies violentes qui ont ravagé ces contrées ont toujours été importées; la preuve en est qu'elles s'y sont toujours éteintes, quelque violentes qu'aient été leurs manifestations, quelque soudaines qu'aient été les irruptions du fléau.

Néanmoins cette maladie a, de tous temps, marqué une prédilection très grande pour la péninsule balkanique, la Syrie et l'Egypte.

Desgenettes et Pariset pensaient que la Turquie d'Europe elle-même, et Constantinople malgré des épidémies de peste si cruelles qui ravagèrent la population, ne devaient pas être considérés comme un foyer de la peste.

Elle n'y est, disaient-ils, jamais endémique mais épidémique, toujours elle est importée d'Egypte.

L'Egypte se trouve donc être un des foyers de la peste.

LA PESTE DANS LA DEUXIÈME MOITIÉ DU XIX^e SIÈCLE

Foyers permanents

De 1845 à nos jours, sauf cependant une petite pointe en 1877 sur les rives du Volga la peste reste confinée en quelques régions limitées qui constituent des foyers permanents mais heureusement sans force de projection.

En la voyant disparaître ou se restreindre dans les pays qu'on considérait comme ses foyers permanents, on croyait pouvoir la ranger parmi les maladies éteintes, disparues et relâcher les prescriptions du régime sanitaire, si dures pour les particuliers et si gênantes pour le commerce.

Il n'en était rien cependant, de nouveaux foyers endémiques de la maladie étaient signalés en divers points de l'Asie et de l'Afrique. Dans la Tripolitaine où la maladie apparut en 1856 pris de Benghazi, dans l'Assyr en 1853, 1874, 1889.

Non loin de la Mecque, dans la plaine arrosée par le Tigre et l'Euphrate, c'est-à-dire à Bagdad et Bassorah en 1856, 1857, 1860, 1861.

Les pays que nous venons d'énumérer ne sont pas malheureusement les seuls foyers signalés. En dehors de la Cyrénaïque, de l'Assyr, de l'Irak-Arabi, bien d'autres foyers pestilentiels ont tristement fait parler d'eux.

Les provinces du Nord-Ouest et du Nord-Est de la Perse sont fréquemment visitées par la peste.

« Dans les premières comprenant le Kurdistan, l'Aberbaïdjan et le Ghilan de 1865 à 1875 le docteur Tholozan n'a pas compté moins de 15 épidémies. Parmi elles, notons celle de Chusten, au sud-ouest de la Perse où la peste fut importée en 1876 de la Babylonie. Dans les provinces du Nord-Est (Asterabad, Khorassan), les épidémies furent plus légères et plus localisées. Mais, aux environs d'Astrabad et de Mesched, il y eut en 1886 et 1887 de nouvelles manifestations de la maladie. Du reste, il y a eu, dans l'Iran, durant ces vingt dernières années, plusieurs apparitions de peste, sur lesquelles nous manquons de renseignements.

La Perse a été considérée, par le service sanitaire ottoman, comme un pays habituellement infesté par la peste. Cependant la chose paraît douteuse. Le docteur Tholozan pense que la maladie n'est pas endémique en Perse, et que les épidémies, signalées dans ce pays, n'y sont pas nées, mais y ont été importées d'Arménie et du Caucase. Nous ne saurions être de cet avis. Les nombreuses épidémies, constatées si souvent en Perse, l'incertitude concernant le chemin suivi pour y pénétrer, nous rangent plutôt à l'avis de la police ottomane qui considère ce pays comme un des foyers de la peste. Dans le Turkestan, la peste sévit en

1877; de 1884 à 1887, des manifestations atténuées de ce mal furent observées sur des soldats russes à Merv aux environs. Quelques cas de peste sont relatés à Candahar, dans l'Afghanistan en 1884.

Dans l'Hindoustan, les districts de Gurhwal et Kumaan sont depuis 1844 infectés par la peste. Selon le docteur Francis, « le fléau est endémique dans ces contrées de temps immémorial. On le désigne sous le nom de « Mahamurre » ; il apparaît ordinairement vers la fin des pluies, et continue jusqu'en décembre où il se suspend, ou bien débute en mars et va jusqu'en mai où il cesse pour un certain temps. »

Selon le docteur Thoinot (Médecine moderne), « les hauts plateaux du Yunnan (Chine) sont au moins depuis 1850 le siège d'une endémo-épidémie de peste qui diminue pendant les chaleurs de l'été et décime les habitants pendant le reste de l'année. La guerre des Taï-pings a fortement contribué à l'extension de la peste qui se montra très meurtrière. La maladie fait encore de temps en temps quelques apparitions à la frontière de nos possessions du Tonkin à Mong-Tze, Lang-Tchéou et Pakaï ».

Sans doute, les foyers épidémiques que nous avons étudiés jusqu'à présent ne manquent pas d'importance, mais s'ils ont donné naissance à des épidémies meurtrières et fréquentes, ces épidémies ont ravagé des pays encore trop peu connus. Elles se sont montrées sur la frontière de nos possessions lointaines et notre indolence naturelle n'en a pas été autrement émue. Il n'en fut pas de même de l'épidémie qui éclata en 1878 à Wetlianka en plein territoire européen. La vieille

Europe fut justement effrayée du danger qui la menaçait et la peste de Wetlianka est à ce titre justement restée célèbre.

Nous empruntons les détails relatifs à cette épidémie au remarquable article du docteur Netter paru dans la Semaine médicale le 16 février 1895.

La maladie fit son apparition vers la fin d'octobre à Wetlianka, district situé au centre de la province d'Astrakan, sur la rive droite du Volga. « Bien que l'attention ait été appelée sur le caractère inquiétant de la maladie par le Feldsher Traublaf, dès le début de la maladie, les premiers médecins appelés en méconnurent la caractèrè. Le 5 décembre seulement, on prescrivit l'isolément des malades. Le 11, l'apparition du mal en dehors de Wetlianka dissipa les doutes et le 17, le mot de peste fut prononcé pour la première fois ».

On chercha à entraver l'épidémie par l'établissement d'un cordon sanitaire. Mesure vaine, les villages environnants étaient atteints.

L'épidémie ne fut entravée que par les mesures énergiques du comte Mélikoff, envoyé sur les lieux avec les pouvoirs les plus étendus.

Après le décès de la première victime, Movra Pissareva et celle du Feldsher Traublaf, la terreur se répandit dans la campagne environnante.

Les malades furent abandonnés sans soins, sans vivres ; ils moururent de froid et leurs cadavres restèrent quinze jours sans sépulture.

On se croirait revenu à la peste noire du Moyen âge, une

terreur religieuse s'empare de la population qui s'efforce par tous les moyens de fuir ces lieux tragiques.

Cette peste de Wetlianka ne manqua pas d'historiens. Les principaux gouvernements, en effet, envoyèrent des missions qui publièrent des rapports à leur tour.

« Ces délégués étaient, pour la France, Züber et Lallemand; pour l'Allemagne, Hirsch, Küssen et Sommerbrod; pour l'Angleterre, Colvill et Payne; la Roumanie envoya Petresco; la Turquie, Cabiadis; l'Autriche, Biesradecki, Kiemann et Rossahégig; la Russie, Eichwald.

Aussi nous avons sur cette affection les plus nombreux détails. Bien que les envoyés des puissances fussent arrivés après la fin des épidémies, ils acquirent la certitude que la maladie de Wetlianka était bien une véritable peste en se basant non seulement sur les témoignages qu'ils purent réunir mais encore sur l'autopsie d'un enfant et sur l'examen de deux cadavres.

C'était bien la peste, mais grâce à l'énergie des mesures prises par le gouvernement russe, l'Europe n'eut pas à déplorer une nouvelle incursion du terrible fléau qui la désola tant de fois. On put arriver à circonscrire le mal à la province d'Astrakan. Prischib, Staritza, Solmetræ, Oudaischnaïa, furent successivement atteints, mais ce fut tout. Et encore dans ces diverses villes, le nombre des décès n'atteignit-il pas un chiffre considérable.

Les délégués européens recherchèrent les causes de la maladie de Wetlianka et ils ne purent se mettre d'accord complètement.

Les délégués russes et allemands prétendaient que le mal était d'origine turque. Selon eux, la peste aurait été introduite à Wetlianka par des cosaques qui l'auraient gagnée au siège d'Erzeroum en prenant contact avec un régiment de cavalerie turque venu des contrées infectées de la Mésopotamie.

C'est là une hypothèse inadmissible. Aucun cas de peste ne fut relevé parmi les cosaques et on n'a jamais établi que la ville où le régiment turc tenait garnison au moment de la campagne ait été ravagée par la peste.

Les médecins anglais Colvill et Payne prétendaient que la peste avait pu se développer spontanément à Wetlianka, région marécageuse fort semblable à la Mésopotamie où la peste est endémique. Les délégués étrangers repoussèrent cette proposition à l'unanimité. Il n'a jamais été démontré, en effet, que la maladie puisse naître spontanément. Il est selon nous indispensable qu'elle ait été importée dans une région par un agent quelconque. La maladie se transmet par contagion.

Enfin, les médecins français, turcs et roumains furent d'avis que la peste de Wetlianka était d'origine persique. Elle existait en effet ; au début de 1877, à Recht et dans le Ghilan, et les relations entre Recht, le Ghilan et Astrakan étaient très fréquentes. Aucune entrave n'avait été mise par l'autorité à ces rapports commerciaux entre les deux pays. La quarantaine de terre n'avait pas été établie.

Des diverses opinions émises c'est la seule qui nous semble raisonnable, bien qu'elle ne repose que sur des probabilités, aucun fait bien concluant n'ayant été observé.

Ce qu'il faut remarquer surtout, et ce qu'il faut louer en cette circonstance, c'est l'énergie du gouvernement russe qui sut par un système rigoureux de cordons sanitaires empêcher la contagion.

Quoiqu'il en soit, il ne faut pas que l'Europe s'endorme, il est nécessaire qu'elle fasse exécuter avec toute l'énergie possible et la précision désirable les règlements sur le régime sanitaire ; car un moment de relachement et d'oubli compromettrait sa sécurité et la peste asiatique pourrait de nouveau nous envahir.

On ne sera sans inquiétude que le jour où la peste sera définitivement une maladie morte dont il ne restera plus qu'un souvenir, comme certaines de ces maladies de l'antiquité dont nous ne connaissons pas les similaires et dont le nom seul est parvenu jusqu'à nous.

Sans doute, la peste peut disparaître de ses foyers. Elle n'existe pour ainsi dire plus en Egypte, et cependant ce pays en était infesté à l'état permanent 300 ans avant l'ère chrétienne.

Mais ne nous leurrions pas d'une vaine espérance ; les foyers du mal sont encore nombreux et ne disparaîtront pas de sitôt, s'ils doivent toutefois s'éteindre.

Témoins ces contrées de l'Inde et de la Chine où la peste est endémique. La peste pali ou mahamurre désola l'Inde à diverses reprises pendant le cours du siècle.

Une épidémie très grave sévit dans la province de Kattywar au mois de mai 1815. « Cette affection très contagieuse se caractérisait par une fièvre continue avec tuméfaction des

ganglions de l'aîne de l'aisselle plus rarement des parotides ou de la région sous-maxillaire. La mort survenait dans les deux jours, quelques-uns résistaient seulement vingt-quatre heures. » Cette épidémie persista jusqu'en 1819. Elle reparut en 1836 dans le distriet de Marwar envahissant bientôt la capitale Pali. Elle ne se termina qu'en 1870.

Dès 1823 une autre épidémie éclatait dans le district de Guhrwal. Décrite sous le nom de Mahamurre; elle a été assimilée à la peste par Francis et Pearson en 1852. Comme nous le disions plus haut, la peste est endémique dans cette région. Elle paraît à des époques très rapprochées. On la voit à Guhrwal en 1836, 1847, 1858, 1859, 1860-1870, 1876-1877.

On trouve encore des foyers endémiques de peste dans le Yunnan en Chine. Ces épidémies commencent en mai; période d'accalmie pendant les grandes chaleurs, puis reprennent ensuite avec une nouvelle violence.

On observe des cas sporadiques à peu près tous les ans et des épidémies tous les trois ou quatre ans. C'est particulièrement dans les ports de Pakhaï et de Lienchu que le fléau sévit avec toute son intensité. En 1894, la peste éclata à Canton où elle a fait 180.000 victimes, puis à Victoria 12.000. Comme toujours l'épidémie a frappé la population la plus misérable et, chose curieuse, assez souvent observée, paraît-il, ce sont les rats et les souris qui furent les premiers frappés.

Au cours de cette épidémie le docteur Yersin, secondé par le médecin japonais Kitasato, a entrepris dans les hôpitaux de Hong-Kong ses belles recherches bactériolo-

giques sur la peste, qui semblent devoir être couronnées de succès.

En résumé, l'antique domaine de la peste se trouve bien réduit depuis une cinquantaine d'années. Elle a déserté à peu près l'Egypte, tout à fait l'Europe et s'est cantonnée dans quelques foyers africains, asiatiques et d'Extrême-Orient.

Malheureusement les documents que nous possédons sur le domaine géographique de l'affection pestentielle sont encore bien imparfaits et nous ne savons comment exactement le circonscrire. Nous sommes disposés à croire, avec le docteur Thoinot, « que le domaine de la maladie forme une bande ininterrompue de l'Assyr à la Chine ou tout au moins à l'Himalaya, bande couvrant l'Assyr, l'Irak-Arabi, la Perse, le Turkestan, l'Afghanistan; plutôt qu'une série de petits foyers isolés les uns des autres. »

Et c'est bien toujours les mêmes symptômes que ceux de la peste noire de 1349, c'est-à-dire outre la forme classique des bubons, la pneumonie et les hémorrhagies. Elle a toujours gardé la même virulence et si elle est moins redoutable à l'heure actuelle qu'à ces époques reculées, c'est grâce à l'application des mesures de police sanitaire qui sont jusqu'à présent les seuls préservatifs connus contre le terrible fléau; à moins que toutefois le vaccin de Yersin ne tienne toutes les espérances qu'il a fait naître.

Mais en attendant, il ne faut pas oublier que la peste, depuis 1894, semble faire un retour offensif des plus menaçants, qu'elle s'est embarquée l'année dernière à Bombay

avec les pèlerins hindous et a débarqué ces derniers temps à Kamaran dans la mer Rouge. Souhaitons que ce soit sa dernière étape.

Mais occupons-nous sans relâche de notre législation sanitaire aux frontières, complétons-là dans ce qu'elle peut avoir d'imparfait et d'insuffisant dans ses prescriptions.

Aussi pour déterminer ces divers points nous nous proposons d'étudier dans son détail notre régime sanitaire.

ORGANISATION GÉNÉRALE DE L'HYGIÈNE

L'hygiène publique à la frontière

L'influence de l'hygiène est capitale sur la vie des individus. Elle protège la santé de chacun et abaisse progressivement, quand ses prescriptions sont exactement suivies, la mortalité générale. Sa bonne organisation dans un pays grand comme le nôtre est aussi nécessaire qu'une bonne administration et qu'une bonne armée. Elle est le complément indispensable de la législation civile.

Nous ne pouvons sans doute étudier ici, dans tous ses détails, l'organisation complète de l'hygiène publique en France ; aussi, après avoir indiqué d'une façon très sommaire les autorités et les services qui en sont chargés à l'intérieur, nous verrons aussi exactement que possible ce qui est proprement notre sujet, c'est-à-dire : les prescriptions concernant le régime sanitaire à la frontière.

Un des buts de l'hygiène publique est de combattre les

maladies autochtones ou acclimatées, l'autre d'empêcher les maladies exotiques de pénétrer sur notre territoire.

Elle y pourvoit en provoquant l'assainissement des villes.
« L'assainissement d'une habitation et d'une ville n'est pas
« seulement importante pour cette habitation et cette ville.
« Ses effets s'étendent encore à toutes les habitations d'une
« même ville, à toutes les villes d'un même pays et même
« aux villes des différents états (D^r Proust). »

« Le caractère des épidémies est en effet l'expansion et la
« dissémination ; or, une habitation ou une localité mal-
« saine peuvent être le point de départ d'irradiations épidé-
« miques très étendues. Jamais le principe de la solidarité
« entre individus et peuples ne saurait être invoqué à plus
« juste titre ». Ainsi s'exprime si bien le D^r Proust dans son
remarquable article sur l'hygiène publique au dictionnaire
de l'administration.

La législation de l'hygiène publique comprend : l'ensemble des dispositions légales et administratives qui ont pour but de maintenir la santé publique. Pour y parvenir, la loi indique les mesures à prendre et institue des agents conseils et services spéciaux destinés à les faire observer.

Le service de l'hygiène, comme d'ailleurs la plupart de nos grands services ayant en vue la protection des citoyens et la sécurité publique comme la police, comme l'assistance est, en principe, communal.

C'est au maire, chef du pouvoir municipal représentant la collectivité des citoyens qu'il appartient de prendre des arrêtés destinés à assurer la santé publique.

La base de notre législation sanitaire intérieure se trouve dans les articles 91, 97 et 99 de la loi municipale du 5 avril 1884, qui chargent le maire et le préfet, dans les conditions que nous allons déterminer, de la police municipale, comprenant la salubrité publique et notamment le soin de prévenir et de faire cesser les maladies contagieuses ou épidémiques.

Cependant la jurisprudence du conseil d'Etat et celle de la cour de cassation ont soumis le pouvoir réglementaire du maire à certaines restrictions.

1° Ce pouvoir réglementaire doit s'arrêter devant les actes de l'autorité supérieure, alors même qu'il s'agirait de prescriptions relatives à des matières qui rentrent dans les attributions de l'autorité municipale. Quand un règlement d'administration publique édicte certaines dispositions relatives à la salubrité ou à la sécurité publique, le maire ne pourrait prescrire des mesures aggravant ou restreignant les conséquences des prescriptions imposées par le décret réglementaire (Cassation, 31 janvier 1887.)

2° Dans l'exercice de son pouvoir réglementaire, le maire ne peut prendre que des mesures dictées par l'intérêt de la salubrité et de la sécurité publiques. Toute mesure qui porterait atteinte à la liberté du domicile, au droit de propriété, à la liberté du commerce ou de l'industrie excéderait les limites légales des pouvoirs de l'autorité municipale (Cassation du 14 mai 1887.)

3° Le maire ne pourrait, en vue de faire cesser une cause d'insalubrité ou de danger pour la sécurité publique, déter-

miner l'importance des travaux à exécuter, ni imposer aux propriétaires ou industriels un moyen exclusivement obligatoire, alors qu'il peut exister plusieurs moyens également efficaces pour atteindre le but (Conseil d'Etat du 25 mars 1887).

En dehors du droit d'annulation et de suspension des arrêtés du maire touchant la réglementation générale des matières soumises à la police, le préfet peut, dans certains cas exceptionnels, ordonner lui-même des mesures concernant la police municipale.

C'est pour le préfet un pouvoir exorbitant du droit commun, un texte spécial est toujours nécessaire pour le lui accorder. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'en matière de police le maire a un pouvoir propre et agit non pas comme subordonné du préfet, mais comme représentant de la collectivité communale.

La loi du 19-22 juillet 1791 donnait aux Directoires de département le droit de réformer les arrêtés municipaux, c'est-à-dire le droit d'y substituer des dispositions nouvelles. Ce droit de réformation n'ayant pas été maintenu en faveur du préfet par la loi municipale de 1837, il en était résulté une sorte de conflit entre les pouvoirs du maire et ceux du préfet, qui est également chargé de pourvoir au maintien de la sûreté et de la salubrité publiques. (Loi du 22 décembre 1789, janvier 1790). La Cour de cassation avait essayé de concilier ces deux pouvoirs, la police générale et la police locale en décidant que le préfet pourrait faire des arrêtés applicables à toutes les communes du département, mais non

à une commune déterminée. C'était une interprétation détestable, nous pensons anti-juridique, puisque rien dans les textes ne permettait de l'en faire sortir. D'ailleurs la difficulté subsistait : dans le cas où le maire d'une commune se refusait à prendre un arrêté concernant l'hygiène ou la salubrité, le préfet restait désarmé. — Le mauvais vouloir d'un maire de campagne, joint parfois à son ignorance, pouvait tenir en échec l'autorité du pouvoir central.

On s'était plaint maintes fois de cet état de la législation ; aussi lors de la discussion de 1884, on a fait remarquer qu'il était d'autant plus nécessaire d'autoriser le préfet à intervenir que les maires, par leur mode de nomination, sont aujourd'hui placés dans la plus grande indépendance vis-à-vis de l'autorité supérieure.

Sans dépouiller le maire d'un droit qui lui appartient depuis longtemps, le législateur a donné au préfet le moyen de pourvoir aux mesures indispensables à prendre en cas de refus ou de négligence du maire. « Les pouvoirs qui appartiennent au maire, en vertu de l'article 91, ne font pas obstacle au droit du préfet de prendre pour toutes communes du département ou plusieurs d'entre elles, et dans tous les cas où il n'y aurait pas été pourvu par les autorités municipales, toutes les mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques. Ce droit ne pourrait être exercé par le préfet à l'égard d'une seule commune qu'après une mise en demeure au maire restée sans résultat. » (Art 99 de la loi du 5 avril 1884).

Ces dispositions semblent conférer au maire et au préfet

les pouvoirs les plus étendus. Ils sont malheureusement fort restreints. S'il s'agit de mesures d'assainissement dans les villes, ils ne peuvent engager une dépense sans que les conseils municipaux aient voté les ressources nécessaires et s'ils refusent, le gouvernement ne peut pas les y contraindre.

Les dépenses d'hygiène ne sont malheureusement pas comme en Angleterre, obligatoires pour les communes, et le préfet ne pourrait en cette matière, prendre sans excès de pouvoir, un arrêté d'inscription d'office.

Sans doute les articles 35 et 36 de la loi du 16 septembre 1807 donnent, pour les assainissements dans les villes, au gouvernement, des pouvoirs qui font défaut aux autorités locales. Mais le respect de la propriété individuelle a primé les considérations d'intérêt général et ces articles sont restés le plus souvent sans application !

La législation sanitaire à l'intérieur manque donc de base suffisante.

Peut-être nous reprochera-t-on au cours de cette courte étude de nous être étendu trop longuement sur les pouvoirs du maire en matière de salubrité. Nous ne croyons pas cependant que le reproche soit fondé ; avant de construire un édifice, il convient d'en assurer les bases, car la loi municipale est incontestablement le fondement de notre organisation sanitaire.

Mais les pouvoirs du maire en cette matière sont insuffisants. La loi ne lui a pas donné les moyens de faire triompher ses bonnes intentions malgré les conseils municipaux. De plus les ressources des communes sauf dans les grandes

villes sont insuffisantes pour assurer le bon fonctionnement du service de l'hygiène.

Les autorités locales ne sont généralement pas assez éclairées, aussi a-t-il été nécessaire de substituer aux communes pour la direction d'ensemble du service, la personne morale à compétence étendue, qui les précède dans la hiérarchie administrative, c'est-à-dire le département.

Services départementaux

Il y a lieu de signaler tout d'abord les Conseils d'hygiène publique. Ils ont été créés par l'arrêté du gouvernement du 18 décembre 1848. Cet arrêté a répondu à un des plus impérieux besoins de notre époque en créant des conseils d'hygiène au chef-lieu de chaque département et des commissions de salubrité dans les sous-préfectures et même dans les cantons. Avant cette époque, toutes les questions de voirie, d'égout, de halles et marchés, qui intéressent si fort la santé publique étaient tranchées par les autorités locales, le plus souvent tout à fait incompétentes.

Les membres de ces commissions et conseils sont nommés pour 4 ans par le préfet.

Les conseils d'hygiène publique et les commissions de salubrité ont pour mission de donner leur avis :

- 1° Sur toutes les questions intéressant l'hygiène qui leur sont envoyées par le préfet ;
- 2° Sur les questions communes à plusieurs arrondissements ou relatives au département tout entier.

Il doit de plus faire un rapport annuel sur l'hygiène du département et les mesures à prendre pour assurer de meilleures conditions de salubrité. Ce rapport transmis au préfet, est remis par ce dernier au ministre de l'Intérieur.

Il nous est impossible de donner ici de plus amples détails sur l'organisation du service départemental.

Sans doute l'organisation créée par l'arrêté du gouvernement du 15 décembre 1848 n'a pas manqué de donner d'assez bons résultats, mais ce que nous avons dit pour la commune est encore vrai pour le département.

La commune, dans son territoire restreint, peut assurer à ses habitants de bonnes conditions hygiéniques, mais elle ne peut pas avoir un service d'ensemble ayant une influence sur le pays. Cette impulsion presque nulle pour la commune est assez considérable pour le département, mais pourtant insuffisante. Il est nécessaire pour assurer au service de l'hygiène toute son importance que l'autorité centrale le prenne en mains et remplace dans sa direction les départements et les communes insuffisamment armés pour lui donner une bonne exécution.

De plus, pour tout ce qui touche à l'hygiène internationale, les conventions à passer entre les divers Etats pour se préserver de l'invasion des maladies exotiques, le gouvernement est naturellement désigné pour représenter le pays.

Services d'Etat

Les divers services de l'hygiène sont répartis entre les ministères : Intérieur, Commerce Agriculture, Instruction publique, Travaux publics, Guerre, Marine, Colonies.

Néanmoins de tous ces ministères celui qui est chargé du plus grand nombre de ces services est sans contredit l'Intérieur. C'est le seul dont nous nous occuperons.

L'hygiène publique y ressortit à la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques.

Elle dépend de deux bureaux :

1^o Bureau de l'hygiène publique ;

2^o Bureau de la protection de l'enfance.

Le premier de ces bureaux est de beaucoup le plus important.

C'est d'ailleurs le seul qui nous intéresse.

Il réunit en effet les attributions suivantes : police sanitaire ; comité consultatif d'hygiène publique de France ; inspection générale des services sanitaires, lazarets, quarantaines ; personnel de la police sanitaire, etc., etc.

Le Comité de direction est composé du président du comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur général des services sanitaires et du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques. Il dirige tous les services d'hygiène qui ressortissent au ministère de l'Intérieur.

Il a de plus pour mission d'étudier les solutions à donner

par l'administration à toutes les affaires intéressant la police sanitaire.

Quant au comité consultatif d'hygiène publique de France, il a été institué au ministère de l'Intérieur par le décret du 10 avril 1848, modifié par celui du 1^{er} février 1851. Il a remplacé le conseil supérieur de santé créé par l'article 55 de l'ordonnance du 7 août 1832. Ses attributions sont d'ailleurs à peu de chose près les mêmes que celles de l'ancien conseil.

Il est appelé à donner son avis sur toutes les matières qui lui sont soumises par le ministre en ce qui concerne les quarantaines et la correspondance avec les médecins sanitaires établis en Orient, etc., etc.

Ce comité se compose de trente-deux membres et de six auditeurs. Un secrétaire ayant voix délibérative est attaché au conseil. Les membres reçoivent une indemnité de quinze francs par séance.

Ils sont nommés par le ministre, sauf cependant un certain nombre de fonctionnaires qui en font partie de droit à raison de leurs fonctions : comme le directeur des affaires commerciales au ministère des Affaires étrangères, l'inspecteur de santé militaire et celui de la marine et l'inspecteur général des services sanitaires.

Le comité se réunit une fois par semaine.

Se trouve aussi rattaché au ministère de l'Intérieur un service dont nous allons nous occuper maintenant d'une façon toute spéciale, c'est celui de la police sanitaire maritime.

Elle comprend : un inspecteur général, des directeurs du service de santé, des médecins sanitaires, des médecins embarqués, commissionnés ou non.

Nous avons quatorze directions sanitaires : Ajaccio, Nice, Toulon, Marseille, Cette, Pauillac, Saint-Nazaire, Brest, Cherbourg, Le Havre, Dunkerque, Alger, Oran et Bône (Décret du 24 juillet 1862).

Chacune de ces directions sanitaires a à sa tête un directeur de la santé. De ce haut fonctionnaire relèvent des agents principaux, des agents ordinaires et des sous-agents. Ces derniers sont pris dans le service des douanes. Le recrutement des autres n'est pas déterminé.

Chacune de ces directions sanitaires en plus de ce personnel déjà nombreux comprend un lazaret avec un personnel propre. Un médecin est attaché au lazaret ainsi qu'un personnel d'officiers et d'agents proportionnés aux besoins du service.

Il faut encore signaler l'existence des cinq médecins sanitaires que la France entretient dans les échelles du Levant à : Constantinople, Alexandrie, Beyrouth, Suez, Smyrne.

Régime sanitaire

Comme nous l'avons déjà exposé dans notre introduction, la loi du 3 mars 1822 est encore dans ses dispositions générales, notre Code sanitaire aux frontières. Sans doute, plusieurs décrets sont venus modifier ces dispositions primitives pour les mettre en concordance avec les prescriptions de la

science moderne, mais elle est cependant restée debout dans son ensemble.

Il est singulier, au point de vue juridique, de voir des décrets, actes émanés du pouvoir exécutif, venir modifier la loi émanée des représentants du peuple, de ses mandataires politiques? Il n'y a rien là d'extraordinaire, la loi de 1822 ayant donné une délégation générale au chef de l'Etat pour prendre de telles mesures. Mais il faut retenir seulement que ces décrets rendus en vertu de la délégation de la loi participent de son immunité, et même au cas où ils violeraient un droit acquis seraient inattaquables, soit par la voie de l'excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat, soit par la voie contentieuse. C'est là un caractère particulier de ses actes qu'il était bon de signaler.

Les décrets du président de la République rendus en vertu de la légation de la loi du 3 mars 1822 peuvent porter :

1^o Sur la désignation des pays dont les provenances doivent être habituellement ou temporairement soumises au régime sanitaire.

2^o Sur les mesures à observer sur les côtes, dans les ports et rades dans les lazarets et autres lieux réservés.

3^o Sur les mesures que l'invasion ou la crainte d'une maladie pestilentielle rendraient nécessaires sur les frontières de terre ou dans l'intérieur.

Elle lui donne en outre le pouvoir de régler les attributions, la composition et le ressort des autorités, administrations chargées de l'exécution de ces mesures et de leur délégation.

guer le droit d'appliquer provisoirement les mesures sanitaires dans les cas d'urgence aux portions du territoire qui semblent menacées.

Une ordonnance royale du 7 août 1822 s'occupa pour la première fois en France de notre organisation sanitaire. Elle établit des directions de la santé sur nos côtes, directions dont nous avons précédemment exposé l'organisation actuelle.

La loi range les marchandises et provenances en trois catégories :

1^o Les provenances par mer de pays habituellement et actuellement sains sont admises au régime de la libre pratique. Il est remis au capitaine du navire qui les transporte, au moment du départ, une patente nette.

2^o Les provenances, par la même voie, de pays, qui ne sont pas habituellement sains, ou se trouvant accidentellement infestés au moment du départ, sont soumis au régime de la patente brute.

3^o Enfin, les navires venant de pays où règne une maladie soupçonnée d'être pestilentielle, ou de pays, qui, quoique exempts de soupçons, sont ou viennent d'être en libre relation avec des pays qui en sont entachés, ou enfin si des provenances de ces derniers pays, ou des circonstances quelconques font suspecter leur état sanitaire, sont rangés sous le régime de la patente suspecte. Mais il se peut que le régime de la patente soit insuffisant pour assurer une protection efficace, dans ce cas des quarantaines pourront être organisées, elles seront plus ou moins longues selon les circons-

tances, la nature de la maladie redoutée, les pays d'origine des navires. Dans les cas exceptionnels l'introduction des marchandises suspectes en France pourront être prohibées si les besoins de la santé publique le rendent nécessaire.

Des dispositions analogues à celles qui existent pour la mer seront en cas d'urgence et de danger prises aux frontières de terre (art. 4). Il s'agit ici des quarantaines de terre et de l'établissement des cordons sanitaires comme ceux que nous avons vu fonctionner en 1878, autour de Wetlianka.

C'est là une mesure exceptionnelle à laquelle, en France, nous n'avons jamais été obligés de recourir.

Le gouvernement a sur les marchandises provenant des pays infestés ou même suspects les pouvoirs les plus étendus. Pour les animaux, il peut les faire abattre, pour les objets matériels il pourra les faire détruire et brûler s'il est impossible de les désinfecter et cela sans aucune indemnité.

La nécessité de ces mesures sera constatée par des procès-verbaux qui feront foi jusqu'à inscription de faux.

Tout navire arrivant dans un port français doit-être avant tout débarquement examiné par le service de la santé. Cet examen prend le nom de reconnaissance quand il se borne à la simple constatation du bâtiment et des conditions générales dans lesquelles il se présente.

Lorsque le navire est suspect, qu'il exige un examen sanitaire, minutieux et compliqué, la reconnaissance prend le

nom d'arraisonnement. Les bateaux affectés au service du cabotage et ceux qui s'éloignent peu des côtes sont en principe dispensés de reconnaissance. Nous disons en principe, car la navigation au cabotage consistant dans le transport des marchandises d'un port français à un autre port français soit d'une mer à l'autre (grand cabotage) soit entre deux ports d'une même mer (petit cabotage), il pourrait se faire que l'un des ports étant infecté, la reconnaissance du navire fut nécessaire à l'arrivée.

Toutes les mesures de désinfection ordonnées par la santé sont faites sans aucune indemnité. On lui a même reconnu le droit de faire saborder un navire sans qu'il put y avoir pour l'armateur un recours contentieux possible.

La loi de 1882 a inscrit dans son titre II les peines les plus graves contre tout individu qui tenterait d'enfreindre les prescriptions sanitaires. Il est impossible de rapporter ces dispositions dans leur ensemble, elles sont trop compliquées et ne nous offrent qu'un intérêt restreint. Il nous suffit de citer quelques exemples.

Art. 7.— Toute violation des lois et règlements sanitaires sera punie :

De la peine de mort, si elle a opéré communication avec des pays dont les provenances sont soumises au régime de la patente brute, avec ses provenances ou avec des lieux, des personnes ou des choses placées sous ce régime ;

De la réclusion et d'une amende variant entre 200 francs et 20,000 francs, si elle a opéré communication avec des pays

ou des provenances soumis au régime de la patente suspecte, etc., etc.

La loi punit également de la peine de mort tout agent de gouvernement au dehors, tout fonctionnaire ou capitaine, qui officiellement dans une déclaration ou un rapport aurait altéré les faits de manière à exposer la santé publique, etc., etc.

Ces peines, on le voit, par ces quelques exemples sont particulièrement rigoureuses. Elles ont même une allure de férocité que nous ne sommes pas accoutumés à rencontrer dans nos lois pénales.

Mais c'est là une férocité nécessaire, la société menacée par les invasions pestilentiellles se défend avec la rage du désespoir, et ce qui démontre cette nécessité c'est que, depuis 1822, les dispositions pénales sont restées les mêmes alors que les prescriptions sanitaires se sont singulièrement augmentées. Sans doute, sur le terrain juridique on pourrait nous répondre qu'il n'y a rien que de très naturel. Le chef de l'Etat a bien reçu de la loi de 1822 délégation générale pour faire des règlements ayant l'autorité de la loi, mais cette délégation ne va pas jusqu'à lui permettre de modifier les dispositions pénales. C'est, en effet, rigoureusement exact, mais si la société en avait senti le besoin depuis 1822, une loi serait facilement intervenue pour atténuer les dispositions rigoureuses.

Ce qu'il y a de vrai, ce qui est exact, certain, c'est que la vieille Europe se souvient de ces maladies exotiques qui l'ont décimée et qu'elle a encore peur. Elle se défend comme elle peut.

La loi, dans son article 19, donne des attributions en matière de police judiciaire et d'état civil aux autorités sanitaires.

Ces attributions sont exercées par les directeurs, agents principaux et ordinaires du service sanitaire, et concurremment avec eux par les capitaines de lazarets.

Les jugements portant sur les matières rentrant dans la compétence des autorités sanitaires, soit en simple police, soit en vertu de l'article 18 de la loi du 3 mars 1822, sont rendus par le directeur de la santé ou l'agent principal, assisté de deux délégués du conseil sanitaire ; un agent de ce conseil remplit les fonctions du ministère public.

Les fonctions d'officier de l'état-civil sont remplies conformément à l'article 19, par le directeur de la santé ou l'agent principal.

Nous avons tenu à exposer, dans la loi de 1822, considérée à juste titre comme notre code organique en matière de police sanitaire, les dispositions fondamentales qui sont restées immuables dans le cours du temps.

Nous allons signaler maintenant les divers règlements et conventions internationales qui ont modifié l'organisation primitive, pour étudier avec quelque détail notre grand décret sanitaire du 4 janvier 1896, qui règle encore l'ensemble de la matière à l'heure actuelle.

Quelques années après son apparition, le règlement du 7 août 1832 avait paru insuffisant. Il fut successivement modifié par les ordonnances royales des 13 septembre 1839, 20 mai 1845 et 18 avril 1847, et par un décret du 10 août 1849.

Ces divers actes ne faisaient qu'aggraver les rigueurs des dispositions primitives, mais ils ne pouvaient concerner que l'intérieur du pays.

A l'extérieur, les autres peuples semblaient peu se préoccuper de l'invasion des maladies exotiques.

Ils ne nous avaient pas suivi dans nos tentatives de législation sanitaire et la France qui, la première, dans le cours de ce siècle, avait songé à lutter scientifiquement contre les épidémies, dût encore prendre l'initiative pour secouer cette torpeur internationale.

Elle y réussit en partie. Des conférences sanitaires furent tenues à Paris en 1851 et 1852, entre des représentants de la France, de l'Autriche, des États italiens, de l'Espagne, de la Grande-Bretagne, de la Grèce, du Portugal, de la Russie et de la Turquie. Une convention et des règlements sanitaires internationaux sortirent de cette réunion. Ils visaient les trois grandes maladies exotiques, les trois grandes pandémies dont on redoute toujours l'arrivée, la fièvre jaune, le choléra qui avait fait si tristement parler de lui en France, surtout en 1832 et 1849 et enfin la peste.

Malheureusement, les délégués des puissances, peu accoutumés à ce genre de réunions et à la rédaction de tels règlements, avaient voulu trop bien faire. Ils avaient voulu unifier pour les divers États participants les règlements internationaux et les détails de l'organisation administrative.

C'était aller trop loin, et cet excès de zèle fit échouer les plus belles résolutions.

Le Portugal et le Piémont qui avaient seuls adhéré aux

mesures adoptées par la commission, y renoncèrent bientôt.

Ce règlement nouveau fut promulgué en France par le décret du 4 juin 1853. Il ne présentait pas en France les mêmes inconvénients que pour les autres États. Ces dispositions administratives que l'on avait voulu unifier pour les appliquer à l'étranger, c'étaient les nôtres, aussi ces règlements convenaient-ils essentiellement à notre pays et malheureusement à lui seul. C'est la cause première de sa faiblesse.

On ne cite que pour mémoire une nouvelle conférence qui fut convoquée à Paris en 1859. Sur ces entrefaites, la guerre d'Italie éclata et la conférence internationale fut dissoute.

Malgré ces deux précédents infructueux, on ne désespérait pas en France d'arriver à un résultat.

Le gouvernement impérial allait être récompensé de sa persévérance. Toujours sur son initiative, une conférence internationale se réunit à Constantinople en 1866. Tous les États y furent représentés. Ces représentants officiels siégeant dans un pays où la peste est encore endémique, c'était évidemment du plus heureux présage !

C'est qu'à ce moment, l'opinion publique avait été fortement émue en Europe. Les pèlerins revenant de La Mecque avaient infecté de choléra la Turquie d'Europe et l'Asie-Mineure. Il appartenait à l'autorité de prendre sans retard les mesures nécessaires de préservation.

De l'heureuse entente des plénipotentiaires, un règlement sortit. Il fut promulgué en France par un décret du 22 juin 1866, qui vint combler les lacunes de celui de 1853.

Les peuples avaient prêté l'oreille à la voix alarmée de la France et ne lui laissaient déjà plus en cette matière la peine de l'initiative. Le gouvernement austro-hongrois convoqua à Vienne, en 1873, une conférence chargée d'étudier toutes les questions relatives à la prophylaxie et à l'étiologie du choléra.

On discuta longtemps sur la question des quarantaines d'observation et des quarantaines de rigueur. Certains représentants voulaient remplacer les quarantaines qui sont une gêne et une entrave très grandes pour le commerce par une simple inspection médicale. On ne put se mettre d'accord et la conférence adopta les deux solutions, laissant aux divers États le choix de la quarantaine ou de l'inspection médicale.

Ce n'est pas sans étonnement que nous avons lu le compte rendu de cette conférence; ce n'était vraiment pas la peine pour les divers États d'envoyer des plénipotentiaires pour arriver à un pareil résultat.

Que signifient les règlements internationaux si chaque gouvernement signataire se réserve le droit de les violer et de les modifier à son gré? Les conférences sanitaires n'étaient plus pour les délégués qu'un agréable passe-temps, et leurs résolutions qu'une aimable plaisanterie.

La conférence de Vienne, en 1874, était relative au choléra.

Cependant, bien que les règlements qui s'étaient succédé depuis 1822, se fussent montrés de plus en plus ménagers des intérêts du commerce et de la propriété des particuliers, ils contenaient des dispositions qui donnèrent lieu à de nombreuses et âpres réclamations.

Elles se traduisirent par l'organe des Chambres de commerce, établissements publics, dont l'origine remonte à 1650 et qui ont été rétablis dans le droit moderne par l'arrêté du 3 nivôse an XI, pour servir d'intermédiaire entre les commerçants et le gouvernement. Les réclamations étaient surtout énoncées par la Chambre de commerce du Nord ; à Marseille, au contraire, on penchait plutôt pour une réglementation plus stricte et plus rigoureuse.

En présence de ces événements, le gouvernement réunit une commission. Il y appela les représentants des chambres de commerce des principaux ports de France et de nos deux plus importantes Compagnies de navigation. Elle fut constituée, le 9 juillet 1875, dans le but de rechercher dans nos règlements les points critiquables sur lesquels les commerçants pourraient avoir des réserves et des objections à produire.

Le ministre de l'Agriculture et du Commerce (alors chargé de la police sanitaire) confia au Comité consulaire d'hygiène publique le soin de reviser nos règlements dans le sens des conclusions de la commission. Ce grand travail de refonte de notre législation sanitaire donna naissance au décret du 22 février 1876 qui, jusqu'à l'année dernière, régit la matière. Il a été à son tour complètement modifié par le décret du 4 janvier 1896. Nous n'étudierons pas les dispositions du décret de 1876, abrogées d'hier, elles ne présentent pas encore un intérêt historique et quant à la législation actuelle, nous la trouverons toute entière au décret de 1896.

Pendant ces vingt dernières années, de nombreuses con-

ventions internationales sanitaires se sont réunies dans les principales villes d'Europe. L'impulsion donnée par la France en 1852, s'est fait justement sentir, et il n'est pas de pays si petit soit-il, qui n'aspire à cet honneur pour sa capitale.

Nous ne voudrions pas terminer cette étude sans relater rapidement quelques-unes de ces conventions. Parmi les plus importantes, citons la conférence de Rome 1885, celle de Venise, signée le 30 janvier 1892 entre la France, l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, le Danemarck, l'Espagne, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie, la Suède et la Norvège et la Turquie, et enfin celle de Dresde conclue le 15 avril 1893 entre la France, l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Russie, la Suisse et le protocole d'adhésion de la Grande-Bretagne.

La conférence de Rome en 1885 ne donna pas, croyons-nous, de résultats importants. Néanmoins la France y a obtenu une satisfaction d'amour-propre très importante en voyant l'approbation unanime donnée à ses doctrines par les représentants des puissances. Souhaitons que les résolutions des médecins français servent enfin de base au code sanitaire international.

Le docteur Proust a eu la bonne fortune de voir voter à Rome les mesures qu'il avait présentées dans le règlement soumis par lui au comité d'hygiène publique et voté par ce comité le 11 mai 1885.

La conférence, signée à Venise le 30 janvier 1892, a été

promulguée en France par le décret du 22 décembre 1893. Cette convention est relative au canal de Suez.

En effet, la convention, signée par les plénipotentiaires après avoir énoncé les diverses parties contractantes et les agents pour les représenter, s'exprime ainsi :

« Lesquels ayant échangé leurs pouvoirs trouvés en bonne et due forme sont convenus des dispositions suivantes dont les hautes puissances contractantes s'engagent à recommander l'adaption au gouvernement de S. A. le Khédivé.

Et :

« En ce qui concerne le régime sanitaire et spécialement le passage en quarantaine des navires par le canal de Suez.

« En ce qui touche la composition et le fonctionnement du conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Égypte et la révision de ses règlements. »

Après ces préliminaires se trouve le texte de la convention comprise tout entière dans les annexés.

Les navires sont divisés en 1^o indemnes, 2^o suspects, 3^o infestés.

Les navires indemnes, après visite médicale, auront libre pratique immédiate.

Les navires suspects sont ceux à bord desquels il y a eu des cas de maladie au moment du départ ou pendant la traversée, mais aucun cas nouveau depuis sept jours, on doit les distinguer selon :

a, qu'ils ont un médecin à bord et un appareil de désinfection.

b, et les autres navires suspects n'ayant à bord ni médecin, ni étuve.

Les prescriptions sanitaires sont plus ou moins rigoureuses envers ces navires selon ces divers cas.

Enfin les navires infectés sont ceux ayant des cas de maladie à bord ou ayant présenté des cas de choléra nouveaux depuis sept jours.

La convention porte ensuite : organisation de la surveillance et de la désinfection à Suez et aux sources de Moïse.

Le nombre des médecins, l'organisation du lazaret, tout y est prescrit dans les plus grands détails.

Après avoir réglé les ressources financières destinées à subvenir aux frais du nouveau régime sanitaire, la convention règle dans son annexe III la composition, les attributions et le fonctionnement du conseil sanitaire et modifie ainsi le décret khédival du 3 janvier 1881. Ce conseil est chargé de prendre les mesures destinées à prévenir l'introduction en Egypte ou la transmission à l'étranger des maladies épidémiques et des épizooties.

L'inspecteur sanitaire, les directeurs des offices sanitaires, les médecins des stations sanitaires et campements quaranténaires doivent être choisis parmi les médecins régulièrement diplômés, soit par une Faculté de médecine européenne, soit par l'Etat.

Le règlement sanitaire prend ensuite les dispositions les plus complètes pour opérer la désinfection des navires. Aux termes du titre X de la nouvelle convention, les mots station sanitaire remplaceront partout le mot de lazaret. Elles seront de deux sortes, de premier et de deuxième ordre.

Nous n'insistons pas davantage sur cette convention de

Venise. Les dispositions qu'elle édicte ont surtout en vue le choléra, et cette question ne rentre pas dans le cadre de notre étude. Néanmoins, nous n'avons pas voulu laisser passer cette importante convention sans en résumer les dispositions principales.

Le deuxième décret que nous désirions citer est celui du 27 mai 1894 qui promulgue en France la convention conclue à Dresde le 15 avril 1893 entre la France, l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Russie et la Suisse et le protocole d'adhésion de la Grande-Bretagne.

Le texte de cette convention est compris dans les annexes.

Elle fait une innovation des plus importantes en réglant la façon dont les divers gouvernements devront s'avertir de la naissance d'un foyer cholérique dans leur territoire respectif.

Cette notification n'aura de valeur réelle que si chaque gouvernement est régulièrement prévenu lui-même des cas de choléra et des cas douteux survenus sur son territoire. On ne saurait donc trop recommander aux divers gouvernements la déclaration obligatoire des cas de choléra par les médecins.

Ces notifications d'Etat à Etat devront préciser les mesures prophylactiques adoptées relativement à l'inspection sanitaire ou à la visite médicale à l'isolement, à la désinfection et les mesures prescrites au point de vue du départ des navires et de l'exportation des objets susceptibles.

Les pays limitrophes se réservent de faire des arrangements spéciaux en vue d'organiser un service d'informa-

tions directes entre les chefs des administrations des frontières.

Le gouvernement de chaque Etat sera tenu de publier immédiatement les mesures qu'il avait cru devoir prescrire au sujet des provenances d'un pays ou d'une circonscription territoriale contaminée.

Il communiquera aussitôt cette publication à l'agent diplomatique ou consulaire du pays contaminé, résidant dans sa capitale. A défaut d'agence diplomatique ou consulaire dans la capitale, la communication se fera directement au gouvernement du pays intéressé.

Les modifications à ces mesures devront être notifiées par les mêmes voies.

La convention s'occupe des mesures à prendre à l'égard des navires provenant d'un port contaminé et remontant le Danube. La convention n'est valable que pour cinq ans, elle se renouvellera par tacite reconduction à moins que l'une des parties contractantes ne la dénonce six mois avant son expiration légale.

La Convention internationale de Dresde lors de la signature dans la séance du 15 avril 1893 a décidé qu'un protocole d'adhésion resterait ouvert pour les puissances dont les représentants n'ont pas été à même de signer cette convention. L'Angleterre y a adhéré par le protocole signé à Londres les 13 et 15 juillet 1893.

La convention se termine par la détermination de mesures propres à combattre le choléra.

Après ce long exposé, nécessaire, je crois, pour bien pré-

ciser l'histoire de notre régime sanitaire, nous arrivons enfin au décret du 4 janvier 1896 dans lequel se trouvent fondus le décret de 1876 et toutes les mesures de protection conseillées par les diverses conventions dont nous venons de parler. Nous allons en tracer à grands traits les diverses dispositions.

Décret du 4 janvier 1896. — Le décret se divise en quinze titres, il traite successivement de toutes les questions intéressant la police sanitaire. Beaucoup de ces questions nous sont déjà connues, il suffira de les citer.

Comme ses prédécesseurs, la loi du 3 mars 1822 et le décret de 1876, il reconnaît que l'objet de la police sanitaire est de combattre les trois maladies contagieuses, la fièvre jaune, le choléra et la peste. Mais il innove sur ses prédécesseurs que d'autres maladies graves, transmissibles et importables, notamment le typhus et la variole peuvent être exceptionnellement l'objet de précautions spéciales. De plus des mesures de précaution peuvent toujours être prises contre un navire dont les conditions hygiéniques sont jugées dangereuses par l'autorité sanitaire.

En ce qui concerne la patente de santé, nous rencontrons à peu près les mêmes dispositions que précédemment. La patente est nette ou brute selon qu'elle provient d'un pays indemne ou d'une contrée contaminée.

Comme l'avait recommandé la Convention de Dresde, le Décret de 1896 prescrit la déclaration à l'autorité supérieure sitôt qu'un cas de maladie pestilentielle apparaît dans un port ou un point quelconque du territoire national. L'autorité

sanitaire doit immédiatement signaler le cas sur la patente de santé.

La patente de santé est délivrée aux navires français par le consul national. Pour les bâtiments étrangers se rendant en France, par l'autorité compétente, cette patente doit, autant que possible, être contresignée par le consul de France.

A chaque relâche dans un port quelconque le capitaine doit faire viser sa patente.

L'autorité locale y inscrit l'état sanitaire du pays.

La présentation d'une patente à l'arrivée dans un port de France ou d'Algérie est en tout temps obligatoire pour les navires provenant :

1° Des pays situés hors d'Europe, l'Algérie et la Tunisie exceptées.

2° Du littoral de la mer Noire et des côtes de la Turquie d'Europe, sur l'Archipel et la mer de Marmara.

Mais l'obligation de produire une patente peut être étendue pour d'autres régions que celles précédemment énoncées par décision du Ministre de l'Intérieur. Dans ce cas, l'obligation de la patente est immédiatement portée à la connaissance du public par la voie du Journal Officiel.

Médecins sanitaires maritimes. — Tout navire français faisant une traversée d'au moins quarante-huit heures, ayant à son bord cent passagers doit avoir un médecin sanitaire pourvu du grade de docteur.

Ces médecins sont choisis sur un tableau dressé par le ministre de l'Intérieur après un examen spécial passé devant

un jury désigné par le ministre sur l'avis du comité de direction des services de l'hygiène.

Le médecin sanitaire a le strict devoir d'user de tous les moyens que la science lui donne :

a) Pour préserver le navire de maladies pestilentiellles exotiques et des autres maladies contagieuses graves.

b) D'empêcher ces maladies lorsqu'elles sont à bord de se propager parmi le personnel du navire et dans la population des divers ports où on fait escale.

Le médecin sanitaire doit s'entendre avec le capitaine pour faire exécuter les diverses mesures nécessaires à la santé de l'équipage.

Il doit tenir un registre où il note jour par jour ce qui peut intéresser la santé du bord. A chaque escale, il note la date d'arrivée et de départ et les divers renseignements qu'il a pu recueillir sur la santé publique dans le port et ses environs.

Le médecin sanitaire, à l'arrivée dans un port français, doit communiquer immédiatement son registre au service de la santé. Ses déclarations, quand le directeur de la santé l'interroge, sont faites sous la foi du serment.

Annuellement chaque médecin sanitaire doit adresser au ministre de l'Intérieur un rapport comprenant les observations faites par lui au cours de ses voyages. Le rapport est soumis au comité d'hygiène.

Avant d'embarquer, le capitaine doit faire sa déclaration à la santé qui visite son bâtiment. Elle peut s'opposer à l'embarquement de personnes ou de marchandises propres à propager des maladies pestilentiellles.

Pendant la traversée, des mesures de salubrité doivent être prises pour la désinfection du linge de corps et des hardes, le lavage des latrines, etc. Nous ne pouvons entrer dans les multiples détails du règlement à ce sujet.

Dès qu'apparaissent les premiers symptômes d'une maladie pestilentielle, les malades doivent être isolés, leur linge, leurs déjections doivent être désinfectées. Quant aux objets de peu de valeur, ils sont jetés à la mer.

Lorsque la mort d'un malade isolé est dûment constatée, le cadavre est jeté à la mer, ainsi que les objets de literie qui lui avaient servi.

En arrivant dans un port contaminé, le capitaine mouille à distance de la ville et ne s'approche qu'en cas de nécessité absolue. Le capitaine doit faire prendre certaines précautions particulièrement en ce qui concerne le lavage des ponts.

Quand un navire français arrive dans un port français ou algérien, avant toute communication avec tous les habitants du pays, il doit être reconnu. Cette reconnaissance est tantôt pure et simple, tantôt, quand elle exige un examen plus approfondi, elle prend le nom d'arraisonnement.

Les résultats de ces reconnaissances sont relevés par écrit et consignés simultanément sur le registre du bord et sur un livre spécial tenu par la santé.

Après la reconnaissance, selon que le navire est muni d'une patente nette ou brute, qu'il est indemne, suspect ou infecté, il est admis immédiatement à la libre pratique ou soumis aux rigueurs de la quarantaine et au séjour du lazaret pour ses passagers.

Stations sanitaires ou lazarets. — Le service sanitaire comprend des stations sanitaires ou lazarets répartis dans les ports après avis du comité de direction des services de l'hygiène suivant décision soit du ministre de l'Intérieur, soit du gouverneur général de l'Algérie.

Cette station comporte :

1^o Des locaux séparés destinés au traitement des malades et à l'isolement des suspects.

2^o Une étuve à désinfection remplissant les conditions de sécurité et d'efficacité prescrites par le comité d'hygiène.

Dans le lazaret, deux corps de bâtiments à distance convenable sont affectés, l'un aux malades, l'autre aux suspects. L'isolement est complet.

Le lazaret doit être pourvu :

1^o D'eau saine à l'abri de toute souillure en quantité suffisante.

2^o D'un système d'évacuation sans stagnation possibles des matières lésées.

Les frais de nourriture sont à la charge des isolés d'après un tarif approuvé par le préfet du département.

Le tarif des médicaments dont les frais sont à la charge des malades est approuvé par le ministre de l'Intérieur ou le gouverneur de l'Algérie après avis du conseil d'hygiène.

Nous n'entrerons pas dans le détail des droits sanitaires cela n'a rien à voir avec notre tâche.

A côté des autorités sanitaires que nous avons étudiées précédemment, le décret place les conseils sanitaires. Le ministre de l'Intérieur pour la France et le Gouverneur gé

néral pour l'Algérie, déterminent après avis du comité de direction des services de l'hygiène, les ports dans lesquels est institué un conseil sanitaire. Il en existe un par circonscription sanitaire. Le conseil sanitaire est consulté par l'administration sur l'organisation du lazaret, sur les traités à passer avec les administrations hospitalières, etc. Il donne son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises. Le préfet ou sous-préfet en est le président.

Tel est ce fameux décret de 1896. Le règlement d'après le comité de direction des services de l'hygiène constitue un progrès considérable au point de vue de la facilité de notre navigation et de nos relations commerciales sans compromettre les intérêts de la santé publique. Sans doute, tout cela est vrai, mais malheureusement cette année même on a été obligé de reconnaître que ce décret sur la police sanitaire qu'on considérait comme un chef-d'œuvre n'était pas parfait.

Il n'est applicable qu'à la condition que les maladies exotiques ne menacent pas notre pays. Il ne fait et c'est de cela qu'il faut se pénétrer pour donner, dans les divers cas qui peuvent se présenter, des indications générales. Quant aux prescriptions de détail imitant en cela très sagement la loi de 1822 comme nous l'avons signalé plus haut, il laisse à l'autorité sanitaire du port le soin de déterminer des mesures plus rigoureuses si le besoin s'en fait sentir. Il s'exprime en effet ainsi à l'article 69 du décret du 4 janvier 1896 : « Outre les diverses mesures spécifiées dans les articles qui précèdent, l'autorité sanitaire d'un port a le

devoir en présence d'un danger imminent et en dehors de toute prévision, de prescrire provisoirement telles mesures qu'elle juge indispensables pour garantir la santé publique, sauf à en référer dans le plus bref délai soit au ministre de l'Intérieur, soit au gouverneur général de l'Algérie. » N'est-ce pas là l'expression de la raison et du sens pratique ? Néanmoins ce règlement, il ne faut pas se le dissimuler, n'est pas le dernier mot sur la matière et la conférence réunie à Venise cette année même, rapportera sans doute des modifications heureuses en prescrivant des mesures plus préservatrices.

CONGRÈS DE VENISE

Premières mesures de prophylaxie

Lorsque l'épidémie de peste fut officiellement reconnue à Bombay, aucune loi ne prescrivait les mesures à prendre en pareille circonstance ; aussi, c'est avec timidité que les autorités sanitaires accueillirent l'obligation de prescrire des quarantaines, des désinfections et l'on continua longtemps à jeter les cadavres dans les « Tours du Silence » où les vautours venaient en bandes nombreuses, les dévorer.

L'époque des pèlerinages arrivait ; on se borna à expédier sur Madras les émigrants ; il est vrai que le danger pour les pays d'Occident s'atténuait par cette mesure ; mais dans l'Inde au passage des pèlerins succédaient des épidémies dont nous avons donné la relation en un chapitre précédent. Madras même fut contaminée.

Il existait cependant des barrières sanitaires autour de Bombay, mais elles furent instituées tardivement alors que la peste s'était répandue au loin. Cette mesure prise dès le début et fermement imposée eût évité le désastre qui se

produisit autour du point d'origine. Il est probable qu'avec quelque énergie on eût pu circonscrire l'épidémie au quartier de Mandir où elle éclata en octobre.

Les autorités centrales anglaises prescrivirent alors des mesures sérieuses ; une loi fut votée et l'application en devint immédiate. Cependant, à ce moment encore les agents n'avaient pas l'éducation nécessaire pour arrêter et reconnaître les personnes ou objets suspects au départ, de sorte qu'un bateau put, le 41 mars, partir de Bombay et huit jours après une jeune fille mourait de peste à bord du Dilwara.

Les mesures prises dans les autres ports de l'Inde furent encore plus tardives et plus incomplètes, et il est surprenant, qu'avec d'aussi faibles moyens, l'épidémie soit restée aussi bénigne dans les pays limitrophes.

La Russie fut la première à s'inquiéter de l'invasion du fléau vers ses frontières. Dès que, au mois de décembre, on eut signalé l'importation de la peste à Kandahar, le consul de Russie, dans cette ville en avertit les autorités centrales. Une ligne ininterrompue de gardes sanitaires fut établie sur les limites du territoire transcaspien et du Turkestan suivant la ligne de l'Amou-Daria depuis sa source jusqu'à Vandsch. A Takhtabazar on créa un poste d'observation médicale seul point où la frontière afghane fut laissée ouverte.

De plus, la Russie envoyait des missions sanitaires sur le golfe Persique, à Bender-Bouchir et Bender-Abbas ; dans l'intérieur de la Perse à Kerman, à Yezd où les médecins devaient suivre les progrès de la maladie.

A Téhéran, à Mesched, à Aschour-Ade sur la côte, à As-tara et à Rescht, les médecins russes des légations ou ceux qui furent envoyés spécialement par leur gouvernement devaient jour par jour rendre compte des cas qui pourraient survenir dans leur voisinage, contribuer aux mesures sanitaires prises dans ces localités et les diriger au besoin.

D'autres postes d'observations ont été créés depuis sur toute la ligne des frontières russes en Asie.

Nous voyons que la Russie, de bonne heure et d'une façon très efficace a organisé sa défense et a rendu un service considérable à l'Europe en fermant dans la limite de son action la porte à l'invasion pestilentielle.

La Perse, de son côté a cherché à résister à la progression du fléau, elle a fermé ses frontières et ses ports aux productions du Belouchistan et de l'Inde ; mais ici l'organisation est incomplète et, malgré le dévouement des médecins indigènes et des médecins des légations européennes il s'est produit des fissures.

L'Afghanistan se préoccupe de se préserver, mais nous avons vu que des cas de peste avaient éclaté sur ce territoire, importés de l'Inde.

La Turquie, à l'annonce que des cas de peste s'étaient déclarés en Mésopotamie a fermé ses frontières et établi des postes d'observation bien pourvus qui permettent une action efficace. C'est surtout de ce côté qu'ont passé autrefois les épidémies qui se sont abattues sur Constantinople et ont pénétré dans l'Europe. Le gouvernement ottoman est donc le gardien d'une importante barrière.

**Quelles mesures existent sur le trajet
des navires ?**

Dans le golfe Persique, une station au détroit d'Ormuz, est en voie d'organisation, mais n'a pas encore tous les éléments indispensables à son action ; plus loin Bassorah au fond du golfe est trop avancé dans les terres et la surveillance est difficile à exercer sur les provenances indiennes débarquées en ce point.

Il existe bien une ébauche de lazaret en pays ottoman à Fao qui fut organisé très imparfaitement à la suite du Congrès de 1894, tenu à Paris, mais il faudrait le réorganiser complètement.

Dès que l'épidémie fut connue en Egypte, le gouvernement égyptien prit une série de mesures destinées à faire redoubler les précautions dans la mer Rouge et dans le canal de Suez, le gouvernement est pourvu d'un personnel assez bien composé en partie par des médecins européens et ne pêchant que par le nombre qui est restreint si l'on songe au nombre des vaisseaux qui prennent la voie de Suez et à la longueur du parcours maritime à surveiller depuis Aden

jusqu'à Port-Saïd. Là, dès le début de l'épidémie, les navires de provenance indienne n'étaient admis qu'au transit en quarantaine.

Jusqu'au congrès de Venise, les autres nations européennes se contentèrent de missions purement scientifiques envoyées sur les lieux de l'épidémie tout en se tenant prêts dans les ports à surveiller avec rigueur les navires de provenance Asiatique — et de fait, sauf les cas de Londres, aucun malade n'a été signalé jusqu'à ces derniers jours. Les deux décès de Londres, même isolés qu'ils furent montrent que les précautions ont été efficaces.

Les Congrès sanitaires

Nous avons vu dans la première partie de notre travail, que depuis cinquante ans les progrès médicaux ont entraîné dans la législation des modifications incessantes trop lente semble-t-il et que les puissances se sont efforcées de diriger en provoquant des Congrès internationaux. Depuis celui de Vienne (1874) il s'en est tenu à Bruxelles (1876), Berlin (1883).

A ce moment (1884), le choléra fit son apparition à Toulon et dans le midi de la France ; une conférence fut la même année provoquée à Londres, et depuis nous avons eu les Congrès de Rome (1885), Paris (1886), Vienne (1887), Paris (1889), Londres (1891). En 1892, se tint à Venise une importante assemblée, il s'agissait de combattre le choléra.

Aux travaux de ce Congrès fit suite pour la première fois un décret donnant force de loi aux conventions signées par les puissances (10 décembre 1893). Depuis à Dresde (1893), à Paris (1894), se tinrent des congrès successifs tous dirigés contre le choléra et tous furent notifiés par un nouveau décret. On pouvait penser que cette abondance de propositions suffirait à étouffer les épidémies à leur naissance ; nous avons vu que dans l'Inde, pays gouverné directement par l'Angleterre, surtout à Bombay, centre administratif de première importance, on a laissé naître et se développer presque sans entraves, cette épidémie de 96-97 qui comptera parmi les plus meurtrières.

La Conférence de Venise (1897)

Le gouvernement austro-hongrois prit une fois de plus l'initiative et proposa aux gouvernements la réunion d'une conférence internationale à Venise (janvier 1897).

La réunion eut lieu et les travaux commencèrent le (16 février 1897). L'entente ne se fit pas immédiatement entre les délégués. Les uns cependant les plus intéressés, les délégués anglais surtout, prétendaient suffisantes les mesures prises en Asie proclamant que de rigoureuses précautions prises en Europe aux ports d'arrivée permettraient sûrement d'empêcher l'introduction de la peste en Europe. Mais la plupart des membres du Congrès et avec des vues beaucoup plus humanitaires voulaient prendre dans les pays d'origine

des mesures propres non seulement à empêcher l'infection des navires en partance, mais à détruire sur place la peste dans ses foyers d'origine. Il fut pris à Venise connaissance des dernières découvertes relatives à la peste, notions de contagion par les différents agents, période de vitalité du bacille, durée de l'incubation. De ces travaux naquit une convention qui fut portée à la connaissance des gouvernements, les invitant à en faire appliquer dans le plus bref délai les prescriptions.

Nous donnerons ici un résumé de cette convention de Venise, nous arrétant surtout aux prescriptions originales qu'elle contient, sans insister sur les articles nombreux qui ne sont que la répétition de ce qui fut déjà proposé antérieurement contre le choléra.

Convention sanitaire de Venise

Quand la peste éclate sur un territoire, le gouvernement a le devoir de le notifier par télégraphe à toutes les puissances signataires ou à leurs agents.

Dans les ports d'embarquement. — Visite médicale des passagers soit isolément, soit en groupe, selon qu'il s'agit de simples passagers ou de pèlerins, ceux-ci doivent justifier de leurs moyens d'existence pour la durée du séjour à bord.

Visite et désinfection de tout objet ou bagage contaminé.

A bord des navires. — Propreté et désinfection du navire,

approvisionnement suffisants en vivres et eau potable non contaminée. Le navire doit posséder des moyens de désinfection, étuves et appareils distillatoires.

Le cubage du navire doit être proportionné au nombre de passagers inscrits. Ceux-ci ne gardent avec eux que le strict nécessaire. Le pont et les entreponts doivent être libres et nettoyés au sable mélangé d'antiseptiques.

L'installation complète des latrines, des cuisines, des infirmeries est indispensable.

Il doit y avoir à bord un médecin régulièrement diplômé et commissionné par le pays auquel appartient le navire ou par le port de partance. Deux médecins s'il y a plus de mille passagers.

Les plus grandes précautions sont indiquées pour isoler et désinfecter les contagieux, leurs bagages, pour les isoler, pour l'ensevelissement des cadavres.

Toutes ces mesures ne dispensent pas le capitaine de se conformer strictement aux lois maritimes et doit posséder, visée au départ, la liste des passagers et la patente de santé.

Aux pénalités proposées à Venise en 1892. on ajouta des peines pécuniaires dont les capitaines sont passibles s'ils ne conforment pas à ces règlements, des amendes variant de 50 à 650 francs.

Ce sont les agents sanitaires des stations et ceux qui sont imposés aux navires par les postes sanitaires qui doivent constater ces infractions et en informer les autorités compétentes.

Pélerinages dans la mer Rouge. — Ce chapitre contient surtout la réorganisation des postes sanitaires de la mer Rouge jusque-là très incomplets.

Pour les pèlerins ils doivent subir l'examen médical, la désinfection, l'isolement, l'hospitalisation suivant les besoins et les circonstances, les autorités se guideront toujours sur ce fait qu'il faut pour isoler un cas de peste dix jours au moins d'observation pour les personnes qui l'ont approché.

La station de Kamaran devient un centre important exclusivement destiné aux autorités militaires. L'île doit être réorganisée comme port, comme hôpitaux, campements, cimetières, outillage sanitaire, moyens de transport, laboratoires, etc.

Les stations d'Abou-Saal, Vasta, Abou-Ali, doivent être complètement modifiées et complétées par des hôpitaux, étuves, moyens de campement. Mêmes réformes à Djeb-Tor port d'embarquement des pèlerins revenant de La Mecque ou venant du Nord.

Les mesures prises pour les pèlerins consistent surtout en moyens de propreté généralisés au départ et à l'arrivée. On évite de débarquer les bagages qui ne sont pas indispensables, on désinfecte largement par les étuves. Puis les pèlerins subissent un séjour d'observation à Djeb-Tor, puis à Ras-Mallap. Des mesures spéciales sont prises suivant la nationalité et la provenance des pèlerins qui sont autant que possible surveillés séparément par les autorités consulaires de leur pays d'origine tant à l'aller qu'au retour.

Golfe Persique. — Mêmes mesures mais d'autant plus sévères que le danger par cette voie est plus grand et les navires mal aménagés sont soumis aux mêmes prescriptions que les navires suspects.

Les établissements sanitaires suivants seront réorganisés ou créés de toutes pièces. L'île de Kismh deviendra le poste sanitaire commandant le détroit d'Ormuz ; à Bassorah ou dans le voisinage existera un poste important auquel sera annexé un grand lazaret (pour remplacer celui du Fao qui n'a jamais pu fonctionner). Sur les côtes de Perse à Bender-Bouchir on visitera les batiments qui veulent débarquer des passagers sur le littoral.

Par voie de terre. — La convention renferme peu de chose, désinfection sur le trajet des caravanes, sur les lignes de chemin de fer. — Chaque pays peut fermer ses frontières comme il l'entend. La visite médicale aux frontières devra coïncider avec le douanage pour éviter les retards. Des postes seront créés sur les frontières Turco-Persanes et Turco-Russes à Hannikim et Rizil-Dizé, près de Bayazid.

En Europe. — Le gouvernement du pays contaminé doit notifier aux divers gouvernements l'existence de tous cas de peste et les tenir au courant des modifications de l'épidémie, des mesures prises.

Les provenances de ce pays ne sont pas acceptées en transit avant désinfection, elles sont refusées pour l'importation sous les mêmes réserves.

Exception faite pour les lettres, journaux, etc.

Les visites médicales sont analogues aux mêmes prescrip-

tions dans les ports ; les quarantaines de terre sont de 10 jours pour les suspects.

Dans les ports européens, inspection médicale à l'arrivée, isolement des suspects, hospitalisation des malades, désinfection ou destruction des bagages contaminés. Renouvellement de l'eau potable, désinfection du bâtiment. Ces mesures peuvent être appliquées à un navire indemne venant d'un port contaminé.

Les navires qui ne se soumettent pas aux règlements ne peuvent débarquer, cependant, les passagers qui en font la demande, atterriront, mais seront mis en observation, c'est-à-dire isolés pendant 10 jours ou surveillés, c'est-à-dire suivis à terre et soumis à plusieurs examens jusqu'à l'expiration du délai de 10 jours.

Chaque pays devra posséder sur chacune de ses mers des ports organisés pour l'application de ces règlements.

En ce qui concerne la navigation du Danube, déjà réglementée en 1894, il faut compléter l'organisation de Soultz et multiplier les visites à bord.

Procédés de désinfection. — On recommande l'emploi des étuves avec ou sans pression, mais il faut que la température de 100° atteigne le centre des objets à désinfecter, ce qui est indiqué par des appareils spéciaux dits thermomètres à signal. Cette température doit être alors maintenue pendant 15 minutes.

Les solutions désinfectantes seront le sublimé au 1/100, l'eau phéniquée à 5 %, le lait de chaux frais.

On réserve le sublimé aux étoffes qui ne supportent pas l'étuve.

Le lait de chaux est spécialement indiqué pour les déjections, vomissements, etc.

La désinfection des bateaux se fait au sublimé pulvérisé.

Surveillance et exécution. — Les médecins désinfecteurs, mécaniciens, gardes sanitaires doivent assurer l'exécution des règlements prescrits et déféreront devant les autorités compétents, les capitaines qui commettront des infractions à ces règlements.

Le conseil supérieur de santé de Constantinople et le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte seront chargés de prononcer les pénalités contre les coupables.

Les dépenses nécessitées par la réorganisation des stations sanitaires seront réparties par ces deux assemblées dans le territoire de leur action.

Résolutions des puissances, relatives à la convention de Venise

Le 19 mars, les travaux étaient terminés, la conférence a clos ses séances. Les représentants de la France, de la Russie, de l'Autriche-Hongrie, de la Belgique, de l'Italie, du Luxembourg, du Montenegro, des Pays-Bas, de la Roumanie ont signé sans réserve la convention promettant d'en appliquer les prescriptions avant même le délai fixé pour sa ratification. Tout en promettant d'appliquer dans le plus bref

délai les mesures indiquées à Vienne, plusieurs représentants ont fait des réserves. La délégation britannique entend que les mesures à prendre dans le golfe Persique ne s'appliquent après ratification qu'aux vaisseaux venant des ports indiens contaminés et que les autres possessions anglaises n'en seront soumises aux règlements de la convention qu'après l'avis donné au ministère des Affaires étrangères de Rome par le consul de ces colonies qu'il existe des cas de peste sur leur territoire.

Le gouvernement allemand ne se trouve pas en mesure d'adhérer au règlement relatif aux mesures à prendre en Europe; il se réserve de l'adopter dans un délai de six mois.

La Suisse n'accepte que les mesures prises pour l'Europe.

La Serbie n'engage sa responsabilité que si les mesures nécessaires sont prises dans le port de Salonique.

Les représentants des Etats-Unis, Danemarck, Suède et Norvège, Espagne, Grèce, Portugal, Serbie, Turquie ont signé ad referendum tout en promettant leur concours immédiat.

De plus, la convention sera notifiée au Maroc et on étudiera dans le plus bref délai le redigé d'un code unifiant toutes les prescriptions antérieures. Le vœu tendant à la suppression des pèlerinages n'a pas été soutenu par l'Angleterre.

L'épidémie depuis la conférence. — Depuis la clôture des travaux, l'épidémie semble nettement décroître à Bombay, à Powna et dans les autres points contaminés; on s'attache surtout en ce moment à immuniser les personnes exposées.

Yersin et Haff-kine, praticiens des inoculations anti-pesteuses sur les 2,000 inoculés de Haff-kine, 4 seulement seraient atteints; mais les injections curatives qui, dès le principe semblaient merveilleuses, donnent des résultats moins satisfaisants aujourd'hui; cependant de jour en jour, les cas deviennent moins graves et les guérisons spontanées plus fréquentes.

Quant aux mesures appliquées aux ports d'embarquement, elles sont encore mal observées, témoin ce cas du Dilwara que nous avons mentionné et qui est postérieur à la notification de la convention.

D'autre part, les autorités de Marseille, sans s'inquiéter des mesures prescrites ont tenu tête au comité consultatif d'hygiène et ont pris des mesures d'une rigueur beaucoup plus grande que ne le commandaient les règlements; il est impossible de les arrêter dans cette voie d'autant plus que les décrets successifs depuis 1822 ont toujours reconnu aux autorités locales le droit de prendre telles mesures qu'elles jugeraient nécessaires.

Remarques. — Nous n'avons pas la prétention de critiquer les travaux du Congrès, nous ferons seulement remarquer quelques points sur lesquels il est possible de porter des améliorations.

Il serait nécessaire de réglementer par une entente internationale la question des pèlerinages, danger constant qui nécessite une surveillance extrême et qu'il est difficile actuellement de restreindre. Il serait bon de multiplier les laboratoires bactériologiques dans les stations sanitaires de

façon à faire bénéficier les intéressés d'un diagnostic précoce et de reconnaître les objets ou les eaux infectés.

La publicité la plus grande devrait être donnée aux mesures prescrites dans les ports et le public devrait être averti par affiches très apparentes des prescriptions qu'il devra observer, s'il approche des foyers considérés comme suspects. Nous tenons de la bouche d'un témoin le fait suivant: en 1896, vers le mois d'août, quelques cas suspects furent signalés à Macao, possession portugaise, à l'embouchure de la rivière de Canton. Des voyageurs purent cependant partir sans être avertis de Hong-Kong à bord du navire le Hong-Kow et dans le but de visiter simplement Macao, débarquer dans ce port et y séjourner quarante-huit heures. Au retour, ils furent surpris d'être maintenus dix jours à Hong-Kong en observation et d'y subir la désinfection.

Des missions sanitaires. — La conférence est muette sur ce moyen d'action, cependant très efficace : envoyer dans des pays où la peste est endémique des hommes vaillants et instruits qui s'attachent à détruire le mal dans son origine. N'est-ce pas là le devoir des nations civilisées? C'est par l'assainissement du pays d'où provient la peste bien plus que par des mesures restrictives que l'on empêchera l'invasion de l'Europe. Par exemple, la Turquie fut débarrassée par le sultan Mahmoud, en 1838, de la peste qui était endémique dans ce pays, et cela par une réglementation intérieure énergique — c'est lui qui créa en Turquie et en Égypte un conseil supérieur de santé. — Dans les foyers où la peste est éteinte, mais où elle réapparaît souvent, il sera nécessaire

par la culture et le drainage du sol de mettre à l'air et d'exposer au soleil qui tue le bacille de la peste les couches de terre jusqu'à cinq mètres de profondeur.

Dans ces localités, on immunisera les habitants par les nouveaux procédés, on leur fera adopter en même temps que le confortable de la civilisation, les principes de l'hygiène dans les limites du possible.

Enfin, il serait à souhaiter qu'une entente internationale complète sur la question sanitaire tout au moins, permette dès la première alarme, de maîtriser le terrible fléau qu'est la peste.

En France, du moins, attachons-nous à améliorer l'état sanitaire de nos ports, ceux de la Méditerranée surtout pour lesquels des lois ont été votées, pour Toulon le 12 août 1886, pour Marseille le 24 juillet 1891, mais dont les travaux sont loin d'être achevés.

Dans nos colonies, mettons en œuvre les moyens que la science nous donne et principalement au Tonkin, à la frontière de Chine, où chaque année la peste est signalée (Mong-Haï 1897), opposons un obstacle sérieux.

Il faut espérer que le prochain congrès d'hygiène international qui doit siéger à Madrid (en avril 1898), nous montrera les progrès accomplis, et verra triompher, encore une fois, les propositions des délégués français, toujours sur la brèche, pour la cause de l'humanité.

CONCLUSIONS SUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE

A. Législation intérieure

I. Le service de l'hygiène publique est de notre temps. Sous l'ancien régime, c'est à peine si quelques édits et quelques arrêts réglementaires des Parlements s'étaient préoccupés de la salubrité des villes et des campagnes. Du reste, nuls pouvoirs n'ayant été donnés aux autorités locales pour les faire respecter, faute de sanction, ils étaient restés illusoires.

II. Au cours du XIX^e siècle, deux faits ont provoqué le développement de la législation sur l'hygiène publique :

1^o Les découvertes de la science :

2^o Le souci des classes populaires.

Le souci des classes populaires s'est surtout affirmé

depuis 1848. A cette époque remonte la fondation des Conseils d'arrondissement d'hygiène. La commission des logements insalubres apparaît en 1856. La Constitution des associations syndicales pour l'assainissement des campagnes (1865), puis des villes (1868). La police sanitaire des animaux est créée en 1881. Enfin l'obligation pour les médecins de déclarer les maladies épidémiques qu'ils soignent dans leur clientèle existe depuis 1892.

III. Malgré l'abondance des textes, les mesures prescrites sont-elles suffisantes pour assurer la santé des citoyens? Nous ne le croyons pas. Notre législation intérieure est trop timide.

Le gouvernement n'a pas en général de *moyens légaux* pour contraindre les municipalités à faire des travaux d'assainissement, et ces dernières sont désarmées vis-à-vis des particuliers.

La raison en est, d'après nous, que dans toutes les mesures qu'il a prises à cet égard, le législateur a été trop préoccupé de l'idée philosophique du droit de propriété, au point de méconnaître la sauvegarde de la vie humaine.

IV. Est-il possible d'y remédier, en fortifiant notre législation intérieure sur l'hygiène publique? Nous pensons que cela est facile, en nous inspirant à ce sujet de la législation britannique.

Plus pratiques que nous, sans se soucier d'idées philosophiques préconçues, les Anglais, s'inspirant surtout des

faits, ont établi en 1888 des *Conseils d'hygiène de comté* rendant, par leur fonctionnement, les plus grands services aux habitants.

Après mise en demeure des autorités locales d'avoir à effectuer un travail de salubrité publique, si celles-ci ne s'exécutent pas dans un bref délai, le Conseil de comté fait lui-même les travaux et en inscrit d'office la dépense aux budgets des paroisses, villes ou bourgs qui avaient refusé d'obéir à ses injonctions.

Il serait désirable que nous consentions à doter nos conseils départementaux d'hygiène des mêmes pouvoirs que les conseils anglais.

B. Législation sanitaire à la frontière.

Nous venons de voir que notre législation sanitaire intérieure est insuffisante. En est-il de même de cette législation à la frontière ?

I. Le danger que présentaient, pour la France, les maladies épidémiques d'origine étrangère, a nécessité de bonne heure, comme nous l'avons exposé d'autre part, l'intervention de l'autorité publique, soucieuse d'arrêter par ses prescriptions l'invasion de ces fléaux redoutables.

D'abord municipales (La santé de Marseille, 1526), les prescriptions édictées devinrent législatives avec la loi de 1822.

De nombreux règlements d'administration publique sont venus compléter la matière.

II. C'est à la France que revient l'honneur d'avoir la première pris des mesures générales contre l'introduction des maladies pestilentielles. La plupart de ces dispositions ont été admises par les représentants des puissances civilisées, aux conférences de Rome, Venise et Dresde.

III. Nous ne sommes pas en retard sur ce point, et notre code sanitaire du 4 janvier 1896 est inspiré directement des résolutions adoptées par les dernières conférences.

IV. Mais les mesures prises par le règlement de 1896, pour être bonnes, ne sont pas suffisantes, à notre avis.

Ce règlement qui, d'après le comité de direction des services d'hygiène, « constitue un progrès considérable, au point de vue de la facilité de notre navigation et de nos relations commerciales, sans compromettre les intérêts de la santé publique » n'a pas résisté à la première menace d'une maladie pestilentielle aux portes de l'Europe. Il n'est efficace qu'autant qu'il n'y a pas danger immédiat et direct.

V. Y a-t-il un remède à cette insuffisance relative ? Avec beaucoup de sagesse, le Conseil d'Etat, au moment de la rédaction du décret a réservé dans l'article 69, des pouvoirs importants aux municipalités, en cas de danger pressant. Dans ce cas, l'autorité sanitaire d'un port a le devoir de

prescrire telles mesures qu'elle juge nécessaires pour garantir la santé publique.

L'acte réglementaire général ne peut pas tout prévoir ; il est indispensable de laisser aux autorités locales toute initiative, en cas de besoin. Le Conseil d'Etat l'a heureusement compris.

Vu par le Doyen ;

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse

CHANTEMESSE.

Vu et **permis** d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

